



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

AS INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO NO AUTOCUIDADO ALIMENTAR

Marta Isabel Varajão Correia

Escola Superior de Saúde



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Marta Isabel Varajão Correia

AS INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO NO AUTO-CUIDADO ALIMENTAR

Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Maria Manuela Amorim Cerqueira

Maio de 2015

"Sentir é compreender.
Pensar é errar.
Compreender o que outra pessoa pensa
é discordar dela.
Compreender o que outra pessoa sente
é ser ela."
Fernando Pessoa

Poderia escrever mil e uma palavras...
mas apenas vou dizer um OBRIGADA...
Obrigada aos meus pais...
ao meu Luís...
à Professora Doutora Manuela Cerqueira
e a todos aqueles que me ajudaram e apoiaram
neste meu percurso longo...

Lista De Siglas E Abreviaturas

AVC- Acidente vascular cerebral

AVD'S- Atividades De Vida Diárias

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS- Direcção Geral de Saúde

EDC- Estatuto do doente crónico

EPS- Educação Para a Saúde

HTA- Hipertensão arterial

ICN - International Council of Nurses

MFPC - Membro da Família Prestador de Cuidados

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONSA - Oklahoma Nursing Student Association

PEG- Gastrostomia endoscópica percutânea

SNG- Sonda Naso gástrica

TNIFS- Tabela Nacional De Incapacidade E Funcionalidade Da Saúde

Índice Geral

Introdução	27
Capítulo Um - Marco Teórico	33
1. A Concetualização Do Auto-Cuidado	35
1.1. Auto-Cuidado : Alimentar	39
1.2. Teorias Do Auto-Cuidado	41
2. Autonomia E Dependência Nos Idosos	47
2.1. O Conceito De Dependência	49
2.2. A Dependência No Auto-Cuidado	49
3. A Importância Da Alimentação No Doente Crónico E Família	53
3.1. Doente Crónico – Conceito	55
3.2. Família E Familiar Cuidador Do Doente Crónico	57
3.2.1. O Impacto Das Alterações Alimentares Na Família E Familiar Cuidador Do Doente Crónico	59
4.O Cuidar Dos Enfermeiros No Auto-Cuidado : Alimentar	63
4.1. Cuidados De Enfermagem À Família Do Doente Crónico Com Alterações Alimentares.....	67
Capítulo Dois – Da Problemática Às Opções Metodológicas	75
1.Problemática, Questões Orientadoras E Objetivos Do Estudo	77
2. Opções Metodológicas	83
2.1.Tipo De Estudo	83
2.2.Participantes Do Estudo	87
2.3. Breve Caracterização Do Contexto Da Pesquisa	91
2.4. Método E Instrumento De Recolha De Dados.....	97
2.5 Método De Tratamento De Dados	97
2.6 Questões Éticas.....	99

Capítulo Três- Apresentação, Análise E Discussão Dos Dados.....	103
1. Apresentação, Análise E Discussão Dos Resultados.....	105
1.1. Cuidados De Enfermagem Prestados Pelos Enfermeiros Relativamente Ao Auto-Cuidado Alimentar Do Doente	113
1.2. Significado Atribuído Pelos Enfermeiros Ao Auto Cuidado Alimentar No Doente Crónico.....	125
1.3. Estratégias Adoptadas Pelos Enfermeiros Na Prestação De Cuidados No Auto Cuidado Alimentar No Doente Crónico.....	139
1.4. Dificuldades Dos Enfermeiros Na Prestação De Cuidados No Auto Cuidado Alimentar No Doente Crónico.....	155
1.5. Necessidades Dos Enfermeiros Na Prestação De Cuidados No Auto Cuidado Alimentar No Doente Crónico.....	171
1.6.- Recursos Mobilizados Pelos Enfermeiros Na Prestação De Cuidados No Auto Cuidado Alimentar No Doente Crónico.....	181
1.7.- Perspectiva Dos Enfermeiros Acerca Do Papel Do Cuidador Do Doente Crónico Em Relação Ao Auto Cuidado Alimentar.....	189
Conclusões	195
Bibliografia	201
Anexos	225
Anexo I – Declaração De Autorização Para Efectivação Do Projecto De Investigação De Mestrado	227
Anexo II- Declaração De Consentimento Informado.....	233
Apêndices	239
Apêndice I- Cronograma	241
Apêndice II- Guião De Entrevista.....	245
Apêndice III- Exemplo De Entrevista	249
Apêndice IV- Grelha De Análise De Conteúdo	255

Índice De Figura

Figura Nº1 - Cuidados De Enfermagem Prestados Pelos Enfermeiros Relativamente Ao Auto-Cuidado Alimentar Do Doente

Figura Nº2 - Significado Atribuído Pelos Enfermeiros Ao Auto Cuidado Alimentar No Doente Crónico

Figura N.º 3 - Estratégias Adoptadas Pelos Enfermeiros Na Prestação De Cuidados No Auto Cuidado Alimentar No Doente Crónico

Figura N.º 4 - Dificuldades Dos Enfermeiros Na Prestação De Cuidados No Auto Cuidado Alimentar No Doente Crónico

Figura N.º 5 - Necessidades Dos Enfermeiros Na Prestação De Cuidados No Auto Cuidado Alimentar No Doente Crónico

Figura N.º 6 - Recursos Mobilizados Pelos Enfermeiros Na Prestação De Cuidados No Auto Cuidado Alimentar No Doente Crónico

Figura N.º 7 - Perspectiva Dos Enfermeiros Acerca Do Papel Do Cuidador Do Doente Crónico Em Relação Ao Auto Cuidado Alimentar

Índice De Quadros

Quadro N.º1 - Temas, Categorias E Subcategorias Emergentes Das Entrevistas Realizadas

Quadro N.º 2 – Cuidados De Enfermagem Prestados Pelos Enfermeiros Relativamente Ao Auto-Cuidado Alimentar Do Doente

Quadro N.º 3 – Significado Atribuído Pelos Enfermeiros Ao Auto Cuidado Alimentar No Doente Crónico

Quadro N.º 4 – Estratégias Adoptadas Pelos Enfermeiros Na Prestação De Cuidados No Auto Cuidado Alimentar No Doente Crónico

Quadro N.º 5 – Dificuldades Dos Enfermeiros Na Prestação De Cuidados No Auto Cuidado Alimentar No Doente Crónico

Quadro N.º 6 – Necessidades Dos Enfermeiros Na Prestação De Cuidados No Auto Cuidado Alimentar No Doente Crónico

Quadro N.º 7 – Recursos Mobilizados Pelos Enfermeiros Na Prestação De Cuidados No Auto Cuidado Alimentar No Doente Crónico

Quadro N.º 8 – Perspectiva Dos Enfermeiros Acerca Do Papel Do Cuidador Do Doente Crónico Em Relação Ao Auto Cuidado Alimentar

Índice De Gráficos

Gráfico N.1 – Idade Dos Participantes

Gráfico N.2 – Anos De Exercício Profissional

Gráfico N.3 – Sexo Dos Participantes

Gráfico N.4 – Estado Civil Dos Participantes

Resumo

O aumento da esperança média de vida com um conseqüente envelhecimento acarreta o aparecimento de limitações ao nível do auto-cuidado . Neste sentido, os enfermeiros deparam-se no seu quotidiano profissional com doentes que apresentam défices no auto-cuidado alimentar, passando a sua intervenção a ser uma exigência. Estas intervenções devem ajudar a pessoa a lidar com esta alteração e implementar modelos de cuidados que visem promover um nível máximo de bem-estar. Assim, com o intuito de contribuir para o empoderamento do doente crónico e cuidador no auto cuidado alimentar, preservando a dignidade do doente crónico, surgiu a questão “Quais as intervenções dos enfermeiros no auto cuidado alimentar do doente crónico?”.

Objetivo Geral

Conhecer as intervenções dos enfermeiros no auto-cuidado alimentar no doente crónico.

Metodologia

Estudo qualitativo – estudo de caso; recolha de dados efectuada: entrevista semiestruturada; Participantes: enfermeiros de uma unidade de cuidados continuados. Os dados foram submetidos a análise de conteúdo segundo Bardin (2011).

O estudo respeitou os princípios ético-morais.

Resultados

Através dos relatos dos participantes apuramos que:

- As intervenções dos enfermeiros no auto-cuidado alimentar centram-se no gerir dieta; planear dieta; gerir posicionamento; administrar a alimentação, observar e realizar ensinamentos. Também, se constatou que não é realizada uma monitorização deste auto-cuidado .
- É entendido pelos nossos participantes que é primordial desenvolver todo um conjunto de intervenções com vista ao equilíbrio nutricional e energético do doente que não consegue satisfazer a necessidade de se alimentar autonomamente.
- Não existe uma estratégia única que produza resultados eficazes para todos os doentes, mas um conjunto de estratégias que os enfermeiros têm que recorrer pra

produzir alguns ganhos em saúde, atendendo á individualidade de cada pessoa que se encontra doente.

- São várias as dificuldades e necessidades que os enfermeiros enfrentam no seu quotidiano profissional sobressaindo a necessidade de um cuidar centrado nas necessidades efectivas da pessoa e a dificuldade de enfrentar a perda de apetite bem como enfrentar a não-aceitação da família e a sua Indisponibilidade.
- Verificamos que grande parte dos enfermeiros do nosso estudo recorre ao doente e família na sua prestação de cuidados.
- É unânime a opinião dos enfermeiros relativamente à importância do papel do cuidador no auto-cuidado alimentar.

Conclusões

As intervenções dos enfermeiros relativamente ao auto-cuidado alimentar devem ter em conta os objectivos do tratamento, a vontade do doente (respeitando o princípio da autonomia), a determinação dos potenciais benefícios e malefícios, preservando a interacção social. Assim, é essencial a implementação de uma abordagem que privilegie o doente e família em que a dignidade humana seja um valor essencial no exercício da enfermagem.

Palavras-chave: Intervenções do enfermeiro; doente crónico; auto-cuidado alimentar

Abstract

Increased life expectancy with a consequent aging causes the appearance of limitations in terms of self-care. In this sense, nurses are faced in their professional everyday with patients suffering from food deficits in self-care, through its intervention to be a requirement. These interventions should help the person deal with this change and implement models of care aimed at promoting the highest level of well-being. Thus, in order to contribute to the empowerment of the chronically ill and caregiver self in nursing care, preserving the dignity of the chronic sick, the question arose "Which actions of nurses in auto nursing care of chronic ill?"

General Goal

Knowing the interventions of nurses in food self-care in chronic ill with the purpose.

Methodology

Qualitative study - case study; data collection carried out: semi-structured interview; Participants: nurses a unit of continuous care. The data were subjected to content analysis according to Bardin (2011). The study complied with the ethical and moral principles.

Results

Through the reports of the participants found that:

- The interventions of nurses in food self-care focus on managing diet; diet plan; manage positioning; manage the power observe and carry out teaching. Also, it is found that this not performed a self-care monitoring.
- It is understood by our participants is paramount to develop a range of interventions aimed at nutritional balance and energy of the patient who can not meet the need to feed autonomously.
- There is no single strategy that produces effective results for all patients, but a set of strategies that nurses have to resort to produce some health gains, given you individuality of each person who is ill.

- There are various difficulties and needs that nurses face in their everyday professional standing out the need for care centered on actual needs of the person and the difficulty of facing the loss of appetite as well as address the non-acceptance of the family and their unavailability.
- We found that most of the nurses in our study refers to the patient and family in their care.
- It is the unanimous opinion of nurses regarding the importance of the caregiver's role in food self-care.

Conclusions

Interventions of nurses in relation to food self-care should take into account the goals of treatment, the patient's will (respecting the principle of autonomy), the determination of the potential benefits and harms, preserving social interaction. Thus, the implementation of an approach that favors the patient and family in which human dignity is an essential value in nursing practice is essential.

Keywords: nursing interventions; chronically ill; self-care food

Introdução

O envelhecimento da população e a crescente prevalência das doenças crónicas, representam um grande impacto na sociedade atual a nível financeiro, social e saúde. Deste modo, as políticas de saúde colocam grande importância a nível da responsabilização, envolvimento e mestria dos doentes e suas famílias para serem cada vez mais independentes em relação às atividades de vida diária. Efetivamente, conforme refere Petronilho (2007) o aumento da esperança média de vida e a maior prevalência de doenças crónicas têm-se traduzido no aumento de pessoas com limitações físicas, emocionais e cognitivas que, inevitavelmente as conduzem à dependência.

Portugal, não é exceção a este aumento da esperança média de vida, ao aumento inequívoco da população idosa e como tal a alterações na natureza dos problemas de saúde (OMS, 2008). Perante estes factos e, sabendo que, o número de doenças crónicas está a aumentar, importa desenvolver estratégias que apoiem os profissionais de saúde no planeamento dos cuidados aos indivíduos potencialmente dependentes que, na maioria são idosos (Sousa, Galante, & Figueiredo, 2003).

Analisando o contexto atual dos cuidados de saúde, o modelo de cuidados predominantemente biomédico, não é suficiente para responder de forma adequada às sequelas incapacitantes, que impedem a realização das atividades executadas pela pessoa. Desta forma, a enfermagem assume um papel preponderante na promoção da autonomia no auto-cuidado da pessoa com doença crónica exigindo a estes um modelo de cuidados que vá para além do modelo biomédico. Refere Silva (2007) que é necessário continuar a criar e consolidar intervenções independentes dentro do conhecimento da disciplina de enfermagem.

A promoção da autonomia, nomeadamente do auto-cuidado, requer uma prática de atividades de vida que visem a saúde, o bem-estar e o equilíbrio. De acordo com Orem (2001), a enfermagem tem como principal foco de atenção a necessidade de intervenções de auto-cuidado da pessoa, de forma contínua para sustentar a vida e a saúde, recuperar-se de uma doença e compatibilizar-se dos seus efeitos.

Ainda, e de acordo com Orem (2001), a teoria do auto-cuidado constitui a essência da teoria geral da enfermagem, identificando cinco métodos de ajuda: 1. agir ou fazer para o outro; 2. guiar o outro; 3. apoiar o outro (física ou psicologicamente); 4. proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a tornar-se capaz de

satisfazer procura futuras ou actuais de acção; 5. ensinar o outro. Assim, salientamos que o enfermeiro ao avaliar o auto-cuidado promove autonomia individual, ao dar destaque às capacidades e potencialidades de cada pessoa.

Na nossa prática profissional é com frequência que nos deparamos com doentes que experienciam mudanças significativas nas suas capacidades de desempenho no auto-cuidado, fruto de episódios de doença (aguda ou crónica) ou dos processos de envelhecimento; mudanças essas que os conduzem a quadros de dependência. Estas mudanças configuram transições com relevância para a enfermagem, na medida em que, ajudar os doentes a lidarem com os seus défices no auto-cuidado e a reconstruírem a sua autonomia são dimensões inscritas no âmago da profissão e da disciplina. (Martins, 2011).

Atendendo também ao Decreto Lei nº 100/2006 verificamos que é preocupação do governo atender às novas necessidades em saúde que resultam do progressivo envelhecimento da população portuguesa e do aumento da prevalência de pessoas com doença crónica. No seguimento do anterior decreto lei, é publicado, a 6 de Junho, o Decreto-lei nº 101/2006 que cria e implementa a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), com o objectivo de criar a RNCCI para a prestação de cuidados às pessoas idosas e às pessoas com dependência, tendo por princípios a avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência, a promoção e a recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia.

Tendo em atenção estes pressupostos e entendendo que os enfermeiros devem intervir com a intencionalidade de promover a máxima independência nas actividades de vida das pessoas e verificando no nosso quotidiano profissional que as alterações no auto-cuidado alimentar são uma das situações de cuidados que no decorrer da doença se torna num problema, quer para o familiar cuidador, quer para o enfermeiro, quer para a pessoa doente, colocamos a questão de investigação: *Quais as intervenções dos enfermeiros no auto cuidado alimentar do doente crónico?* Com o objetivo geral de: *Conhecer as intervenções dos enfermeiros no auto-cuidado alimentar no doente crónico.* Pretende-se assim, contribuir para o empoderamento do doente crónico e cuidador no auto cuidado alimentar, preservando a dignidade do doente crónico no auto cuidado alimentar.

Salientamos, que culturalmente, a alimentação é reconhecida como tendo o potencial para promover o bem-estar físico, psicológico e emocional.

Apresenta-se num primeiro capítulo o marco teórico onde se apresenta os conceitos centrais do estudo. No segundo capítulo, consta o estudo empírico onde se aborda as opções metodológicas. Finalmente, o terceiro capítulo refere-se à apresentação, análise e discussão dos resultados.

Capítulo Um - Marco Teórico

1. A Conceptualização Do Auto-Cuidado

Actualmente as doenças crónicas são a principal causa de mortalidade e incapacidade no mundo, caracterizando-se pela impossibilidade de cura definitiva. Neste sentido, o auto-cuidado, assume uma dimensão evidente no contexto global da saúde e bem-estar dos cidadãos, tendo especial atenção aos grupos vulneráveis:

“pela variabilidade do comportamento das doenças e do seu tratamento ao longo do tempo, pela necessidade dos indivíduos serem competentes para identificar e controlar os sinais e sintomas de agudização da doença crónica, pela necessidade dos indivíduos incorporarem um conjunto de comportamentos e actividades promotores de equilíbrio físico e mental, pela necessidade de suporte efectivo e percebido como recurso determinante” (Petronilho, 2012).

Embora as pessoas procurem manter a sua autonomia até à última fase da sua vida, o que é certo, e tal, como refere a Ordem dos Enfermeiros (2011) as necessidades de cuidados de saúde à pessoa idosa aumentam, sendo nesta população previsível o aumento da prevalência de doenças de evolução prolongada, com graus de dependência elevados.

Salientamos, que a transição da independência para dependência torna-se muitas vezes traumatizante para a pessoa, mas também para a sua família, que muitas vezes não sabe lidar com a situação. Como referem Meleis e Chick (1986:239) a transição é *“a passagem ou movimento de um estado, condição ou de um lugar para outro... Refere-se a ambos os processos e resultados de uma complexa interação entre pessoa – ambiente. Pode envolver mais do que uma pessoa e o seu envolvimento no contexto e na situação»*. A sua autoestima fica afetada, na medida em que o idoso se confronta com a impossibilidade de desempenhar as atividades de vida diária, tornam-se dependentes, necessitando da ajuda dos outros.

Olhando para a dependência não só como um aspeto bastante negativo para a pessoa que a experiencia, podemos também realçar que a dependência não é só um fator de declínio ou deterioração, mas também se pode destacar num sentido positivo ou seja, um desenvolvimento necessário para o crescimento mútuo da reciprocidade familiar (Motenko & Greenberg, 1995). Neste sentido, ajudar a pessoa na sua dependência a lidar com os seus défices no auto-cuidado e a reconstruírem a sua autonomia são dimensões que exigem intervenções orientadas para o auto-cuidado.

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) o Auto-cuidado é uma “Actividade Executada pelo Próprio», mais em concreto ao «Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida diária”

De acordo com Petronilho *et al.* (2010:42) o fenómeno do auto-cuidado “tem sido, ao longo dos tempos, bastante enfatizado nas teorias de enfermagem (Orem, 2001), assumindo particular importância quando tem implicações na autonomia das pessoas para a realização das suas atividades do dia-a-dia. Daí a necessidade dos enfermeiros valorizarem e terem a consciência de promoverem, através das terapêuticas de enfermagem, reconstrução dessa mesma autonomia, após as transições geradoras de dependência ”

Salienta-se ainda, o estudo de Petronilho (2012) que refere que o auto-cuidado é um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, com impacto positivo na promoção da saúde e do bem-estar, através do aumento do conhecimento e habilidades, onde os profissionais de saúde possuem uma ação indubitável, com particular destaque para os enfermeiros. Os resultados do estudo revelam que perante os processos de saúde-doença (focado essencialmente para a doença crónica), existem fatores físicos, cognitivos, psicológicos, sociodemográficos, sociais, espirituais, culturais e económicos determinantes face à necessidade das pessoas incorporarem atividades promotoras do auto-cuidado.

Para Martins a noção de auto-cuidado alarga-se para a questão da autonomia, referindo que “*é a prática de actividades que os indivíduos iniciam e desempenham pessoalmente, em próprio benefício, para manter a vida, a saúde e o bem-estar*” (2002:99).

Partindo do pressuposto que o auto-cuidado é fulcral na vida de qualquer pessoa, quando falamos da alimentação é necessário termos em consideração que esta é influenciada por fatores psicossociais, culturais, religiosos e económicos e está intimamente ligada à vida e ao bem-estar. Quando á diminuição da ingestão alimentar pode ser instintivamente interpretado como um desejo surdo de morrer à fome causando sofrimento ao doente e família (Langdon, Hunt, Pope & Hackes, 2002).

Em suma a alimentação está presente desde que nascemos até que morremos, sendo um ato necessário à sobrevivência.

1.1. Auto-Cuidado: Alimentar

Desde a antiguidade que a pessoa utiliza o alimento como forma de socialização, de expressão cultural dos seus valores e crenças sobre o mundo e, finalmente, como simples forma de prazer (Santos, 2011).

Deste modo, a alimentação merece especial atenção, na medida em que ela adquire dimensões afetivas, emocionais, sociais tornando-se portanto, parte integrante do indivíduo, e assumindo características próprias, muito particulares, pessoais e únicas (Allari, 2004).

Cuidar da alimentação é efetivamente cuidar de uma necessidade básica, que de acordo com Santos (2011), deve propiciar prazer, conforto emocional, diminuição da ansiedade e aumento da auto-estima, além de permitir maior integração e comunicação com os seus familiares.

Quando surge a decisão de suspender a alimentação por via oral e substituí-la por meio de nutrientes intravenosos, este acto produz um impacto na aceitação do doente que fica privado do prazer da alimentação e do cerimonial que ela representa (Potter; Perry, 2004).

Já Nightingale (1990) reconhecia a importância da alimentação e o importante papel da enfermeira no atendimento dessa necessidade quando dava importância aos horários da alimentação, ao tipo de alimento que era fornecido aos doentes, tendo em conta as limitações impostas pelas doenças, proporcionando um ambiente adequado para as refeições. O ser humano vive em função da nutrição e do meio. Não há ser vivo cuja vida não esteja dependente dos elementos necessários à conservação da sua forma e das suas funções (Beland; Passos, 1975).

Quando se realiza a avaliação do estado nutricional de uma pessoa estamos a analisar as condições que comandam a ingestão dos alimentos, a absorção e o aproveitamento dos nutrientes. Essas condições são influenciadas por factores sociais, económicos e pela presença da doença, que interferem no desenvolvimento normal ou impedem o organismo de atingir o máximo das suas potencialidades (Barros *et al*, 2003).

De facto, as alterações na capacidade de saborear, cheirar, deglutir, digerir e eliminar os alimentos de forma independente pode conduzir a perda da autoconfiança, auto-estima, isolamento social e depressão (Hartmuller *et al.*, 2004). Também a perda de apetite, o emagrecimento e a recusa alimentar é entendida pelos familiares como causa de morte

(Souter, 2005; Allari, 2004; Porta *et al.*, 2004). Geralmente em todas as culturas os alimentos sempre foram relacionados com a saúde. Tal como refere Collière (2003) alimentar é “o primeiro cuidado”.

Em síntese as acções de auto-cuidado visam manter a vida, o funcionamento e o desenvolvimento da pessoa. Refere Petronilho (2007) que é necessário entender o processo de transição, de forma a planear intervenções que visem a estabilidade e o bem-estar. Meleis *in* Abreu (2008:18) considera que “assistir utentes em processos de transição constitui o papel mais relevante da disciplina de enfermagem”.

De seguida, abordamos as teorias do auto-cuidado.

1.2. Teorias Do Auto-Cuidado

Promover e manter o auto-cuidado em pessoas portadoras de doença crónica é papel fulcral da intervenção do enfermeiro. Para Petronilho *et al.* (2010:42):

“O fenómeno do auto-cuidado tem sido, ao longo dos tempos, bastante enfatizado nas teorias de enfermagem (Orem, 2001), assumindo particular importância quando tem implicações na autonomia das pessoas para a realização das suas atividades do dia-a-dia. Daí a necessidade dos enfermeiros valorizarem e terem a consciência de promoverem, através das terapêuticas de enfermagem, reconstrução dessa mesma autonomia, após as transições geradoras de dependência”.

Neste sentido, entendemos ser necessário abordar dois marcos teóricos que sustentam a questão da “Dependência no Auto-cuidado”, ou seja a perspectivas de Orem (2001) e Meleis (2005).

Teoria Geral Do Auto-Cuidado De Orem

A teoria do auto-cuidado de Orem (2001) enfatiza que a realização do auto-cuidado requer a acção deliberada, intencional e calculada, que está condicionada pelo conhecimento e o repertório de habilidades da pessoa. De acordo com a sua visão, os seres humanos distinguem-se dos outros seres vivos pela capacidade de reflectir sobre si mesmos, de simbolizar o que vivenciam e utilizar criações simbólicas no pensamento, na comunicação dirigida a acções benéficas para si mesmos e para os outros. Nesta linha de pensamento Orem define o auto-cuidado como um conjunto de atividades que a própria pessoa executa com o propósito do seu próprio benefício ou seja, a manutenção

da sua qualidade de vida e bem-estar. Para isso defende três requisitos considerados exigências para o auto-cuidado: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde.

- Os universais estão associados a processos de vida e à manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humanos. Estes são comuns a todos os seres humanos durante todos os estadios do ciclo vital, como por exemplo, as actividades do quotidiano.
- Os requisitos de desenvolvimento são as expressões especializadas de requisitos universais que foram particularizados por processos de desenvolvimento, associados a algum evento; por exemplo, a adaptação a um novo trabalho ou adaptação a mudanças físicas.
- O de desvio de saúde é exigido em condições de doença, ferimento ou moléstia, ou pode ser consequência de medidas médicas exigidas para diagnosticar e corrigir uma condição.

Salientamos que a Teoria de Geral de Enfermagem por ela criada, é integrada por três teorias:

1. Teoria do auto-cuidado - descreve e explica porque razão o auto-cuidado é necessário para o bem-estar da pessoa.
2. Teoria do défice do auto-cuidado - explica quando e porquê da enfermagem ser necessária para ajudar as pessoas.
3. Teoria geral da Enfermagem - descreve e explica como as pessoas são ajudadas pela enfermagem. É importante ainda referir que Orem defende que as actividades do auto-cuidado são lesadas por diferentes aspectos como: crenças cultura, hábitos/costumes e práticas habituais da família e da comunidade em que os utentes estão integrados (Orem, 2001).

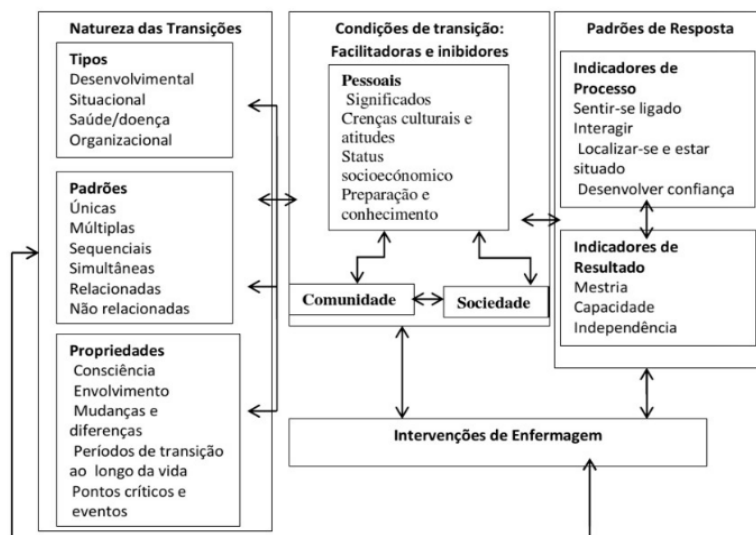
Teoria Das Transições De A. Meleis

Para Meleis (1986:239) transição é como «uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro». Com isto identificou quatro tipos de transição centrais para a prática de enfermagem:

- 1) Desenvolvimental (associadas a problemas de saúde psicossociais ou fisiológicos como: a transição da infância para a adolescência; a transição para um quadro de dependência fruto do envelhecimento);

- 2) Saúde/doença (referente a mudanças abruptas, que resultam na passagem de um estado de bem-estar – saúde - para um estado de doença aguda ou crónica);
- 3) Situacional (onde se insere a assunção do papel de Membro da Família Prestador de Cuidados)
- 4) Organizacional (alude a quadros de reorganização familiar e respectivos papéis; ou a institucionalização de alguém).

De seguida apresentamos em figura a Representação da Teoria de Médio Alcance das Transições [adaptado] (Meleis, 2010:56)



Fonte: <https://www.yumpu.com/pt/document/view/12662927/dissertacao-finalpdf/41>

Verificamos que efectivamente e de acordo com Meleis (2010) os enfermeiros que enfatizam o cuidado transaccional estão a valorizar a pessoa.

Os cuidados prestados estão sempre relacionados, de certa maneira com cada nível de desenvolvimento humano, favorecendo a maturidade e o crescimento com vista a um maior equilíbrio e estabilidade.

2. Autonomia E Dependência Nos Idosos

Conforme temos vindo a referir, a perda de autonomia é uma realidade experienciada pelos idosos, portadores muitas vezes de doenças crónico-degenerativas. De acordo com Hogstel e Gaul (1991), a autonomia, é um princípio ético, é uma forma de liberdade pessoal baseada no respeito pelas pessoas, no qual os indivíduos têm o direito de escolha (Children, *et al.*, 1999). Assim, a perda de autonomia leva a quadros de dependência.

O Decreto-Lei nº100/2006 (D.R, 2006:3855) emprega o conceito de dependência para delimitar os quadros em que «uma pessoa por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiências, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue por si só, realizar as actividades de vida diária».

Não poderá ser esquecido que a doença crónica poderá encaminhar a pessoa progressivamente para uma dependência de terceiros, para os cuidados de saúde e auxílio nas suas actividades de vida diária (AVD's) (Nogueira, 2009). Esta realidade encontra-se patente num estudo realizado por ONSA (2001) (conforme citado pela DGS, 2006:8) no qual, das pessoas entrevistadas com 65 e mais anos “12% declararam precisar de ajuda para o exercício da AVD e 8% declararam ter sofrido, no último ano, pelo menos um acidente doméstico ou de lazer”.

Conforme a literatura evidencia, existe distinção semântica entre Independência/Dependência, pelo que, não deve ser confundida com autonomia.

Salientam os seguintes autores Orem, (1993); Preto, (2003); Meneses, (2004), que dependência implica a dependência de algo ou de alguém, está abrangida e relacionada com alteração na saúde que se representa numa dificuldade ou impossibilidade de realizar actividades básicas e instrumentais da vida diária. Autonomia tem origem em autos (eu próprio) e nomoi (lei), designando a capacidade, a liberdade e o direito de estabelecer as próprias leis e capacidades de tomar decisão sobre a sua vida.

Neste sentido, torna-se pertinente abordar o conceito de dependência.

2.1. O Conceito De Dependência

Analisar o conceito de dependência, exige que analisemos o conceito de independência. Pavarini e Neri, (2000) definem independência como a capacidade da pessoa realizar as actividades de vida diária sem ajuda. Veríssimo (2004), acrescenta que o conceito de dependência varia entre países.

O Ministério da saúde e do trabalho e da Solidariedade (2006: 3857) considera dependência como: a [...] a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual resultante ou agravada por doença crónica, doença orgânica, sequelas pós traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades de vida diária [...].

O Conselho da Europa (1998), refere que a dependência é um estado no qual se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de capacidade física, psíquica ou intelectual, necessitam de uma assistência e ou ajuda de outra pessoa para realizar os actos da vida quotidiana.

Anderson (conforme citado em Quental *et al*, 2004), define dependência como “um estado em que as ações de outras pessoas são condições necessárias para alguém alcançar os seus próprios objetivos” (p.20). Ainda para a CIPE, a dependência significa “estar dependente de alguém ou alguma coisa para ajuda e apoio” (ICN 2006:107). Também Salienta Caldas (2003), que a palavra “dependência”, na prática geriátrica, se associa a “fragilidade”.

Os dados da OMS (2008) revelam que a proporção de indivíduos em situação de dependência em Portugal é de 7,3%. Deste modo, a dependência no auto-cuidado é determinante para a perda de autonomia, e de acordo com a literatura, com repercussões a nível da autoestima e dignidade.

2.2. A Dependência No Auto-Cuidado

Tal como referido anteriormente é importante abordar a questão da dependência no auto-cuidado, pois tal como refere Atchley (1987) a dependência no auto-cuidado assume, um grande significado para as pessoas, na medida em que estas temem a velhice porque temem a perda da sua independência. Perder independência, com grande frequência, afecta a auto-estima e as competências mais avançadas das pessoas.

As pessoas tendem a esforçar-se por manter a sua autonomia até ao final das suas vidas e os familiares preocupam-se com a adaptação à situação de dependência de um dos seus membros. A dependência não é um factor de declínio ou deterioração, mas um desenvolvimento necessário para o crescimento mútuo da reciprocidade familiar (Mortenko&Greenberg, 1995).

A instalação de quadros de dependência no auto-cuidado, despoleta dois processos de transição. Por um lado, temos o processo de transição da pessoa acometida por doença ou agravamento das consequências da velhice, que fica dependente; e por outro lado, temos, muitas vezes, o processo (transição) de assunção do papel de Membro da Família Prestador de Cuidados (MFPC). Estes dois indivíduos, dependente e MFPC, necessitam de uma ajuda efectiva do enfermeiro, pois o processo de transição é multidimensional e complexo.

3. A Importância Da Alimentação No Doente Crónico E Família

A complexidade do acto alimentar e a sua polivalência possibilitam a articulação de diversos campos de interesse, envolvendo desde preocupações médicas, nutricionais e estéticas até interesses políticos e económicos. Comer não é apenas um ato biológico e fisiológico, mas determinado por múltiplos factores, impregnados de aspectos simbólicos, carregados de contradições e ambiguidades. As relações entre o alimento, o comportamento alimentar e a sociedade têm sido assunto de estudo de diversos autores (Contreras, 2002; Mennell; Murcott; Van Otterloo, 1992), ressaltando nas produções das ciências sociais aspectos como o da multidimensionalidade do acto alimentar.

O facto de se constituir uma necessidade básica e vital, imprescindível à vida e à sobrevivência humana, exige também que se tenha em conta a importância do meio, da sociedade e dos sistemas culturais, no acto alimentar.

Os alimentos elegem-se segundo factores de natureza sociocultural, religiosa, ecológica, económica, psicológica, afectiva e emocional e, em cada uma destas dimensões, por diversos elementos (Almeida, 1997; Comissão Europeia, 2003). Crenças, tabus, formalidades e ritos, constituem apenas alguns dos elementos incluídos na dimensão sociocultural. A corroborar esta perspectiva evoca-se Fernandes (1997:1), quando refere que “a ingestão de alimentos não tem apenas uma função biológica, reveste-se também de outras dimensões simbólicas. A pluralidade de significações que a alimentação possui tem a ver com diferentes grupos sociais e as situações existenciais em que ocorrem”. Por isso, comer não representa apenas o ato de incorporar elementos nutritivos importantes no nosso organismo, é, antes de tudo, um facto sociocultural.

A proteção da saúde pela alimentação deve ser sempre um objetivo para todos, em particular, para os enfermeiros que, no exercício das suas funções, devem promover a consciencialização de hábitos alimentares corretos. Ao participar em iniciativas que tenham este objetivo, o enfermeiro intervém como emissor de informação que tornará a pessoa, família e a comunidade aptos para escolherem e adotarem estilos de vida saudáveis, a fim de atingirem os níveis ótimos de saúde e de reabilitação, cumprindo, assim, uma das competências dos enfermeiros em cuidados gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Para conseguir atingir o objetivo de informar as pessoas a protegerem-se pela via da alimentação/ nutrição, o enfermeiro tem que demonstrar conhecimentos no domínio das relações entre nutrição/alimentação e saúde/doença. O enfermeiro deve ter a capacidade

de explicar a necessidade de retirar dos alimentos sistemas de proteção que ajudem a prevenir a incidência de numerosas doenças, de explicar a pertinência de ter uma alimentação diversificada, de estar apto a dar referências de frequência e de quantidades e confeção de alimentos, segundo as necessidades individuais. O enfermeiro, ao agir como conselheiro alimentar e nutricional, contribui de forma única e permanente para a promoção da saúde e para a prevenção de variadíssimas doenças relacionadas com alimentação: hipertensão, diabetes, doenças degenerativas, entre outras, que poderão surgir nas diferentes etapas da vida, particularmente em idades mais avançadas.

3.1. Doente Crónico – Conceito

As doenças crónicas abrangem hoje cerca de 40 a 45% do total das doenças sinalizadas no nosso país. Sendo a sua tendência de este número continuar a crescer exponencialmente (Plano Nacional de Saúde, 2010).

As doenças crónicas atingem milhares de cidadãos, não escolhem idade, abrangendo, desde o nascimento, todas as faixas etárias, até à velhice. São cidadãos que necessitam de utilizar diariamente medicamentos, produtos e materiais de desgaste rápido, os quais são imprescindíveis à sua sobrevivência, ao correcto e seguro tratamento e à qualidade de vida.

A OMS considera doença crónica como “doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados”. A mesma organização considera ainda que estas são uma “epidemia invisível”.

Tal como já referido, com o passar dos anos, a tendência é para um aumento do número de pessoas com uma doença crónica, e Portugal não é excepção. A legislação existente não define claramente o que é uma doença crónica, não estando ainda consagrado o Estatuto do Doente Crónico (EDC) nem elaborada uma Tabela Nacional de Incapacidade e Funcionalidade da Saúde (TNIFS). A legislação é avulsa e geradora de diversas desigualdades na assistência prestada.

Muitas doenças crónicas são assintomáticas ou quase a maior parte do tempo, mas caracterizam-se por episódios agudos perigosos e/ou muito incómodas.

Com a desinstitucionalização do doente crónico, as famílias assumem um papel fundamental no cuidar, situando-se no centro de todo o processo de mudança e aprendizagem face ao doente crónico.

3.2. Família E Familiar Cuidador Do Doente Crónico

Ao longo dos tempos o conceito e a estrutura da família tem vindo a alterar-se, no entanto continua a ser a principal instituição social. Refere, M. Leandro (2001:41), que a família é uma instituição universal e ancestral, e tem mostrado, ao longo dos tempos, uma dupla capacidade: de resistência e de adaptação.”

Segundo Jonhson (1992) “ a família é composta por dois ou mais indivíduos, pertencendo ao mesmo ou a diferentes grupos de parentesco, que estão implicados numa adaptação contínua à vida, residindo habitualmente na mesma casa, experimentando laços emocionais comuns e partilhando entre si e com outras certas obrigações”. Gameiro (1992) salienta que “a família é uma rede complexa de relações e emoções que não são possíveis de ser pensados com os instrumentos criados para o estudo dos indivíduos isolados (...) a riqueza e complexidade relacional desta estrutura”.

Potter (2006) considera a família como um conjunto de relações que o doente identifica como família ou como uma rede de indivíduos que influenciam as vidas uns dos outros, quer existam ou não laços biológicos ou legais. Assim, o aparecimento da doença pode ter impacto na dinâmica familiar, pelo que deve ser contemplada no plano de cuidados. Segundo a mesma autora supracitada a experiência da doença pela pessoa e família é influenciada por diversos factores: a natureza da doença e atitude face à mesma, a reacção dos outros e as variáveis de comportamento causadas pela doença.

Assim, se nos reportarmos à pessoa portadora de doença crónica com dependência, a família e de acordo com Lages (2002) os familiares cuidadores têm uma maior morbidade do que aqueles que não têm esta função. Salientamos que o familiar cuidador é o membro da família, ou alguém muito “próximo” que tem a responsabilidade de prestar cuidados a quem sofre de um doença ou requer ajuda para desenvolver as actividades de vida diária (Sequeira, 2007:100).

Martins, Ribeiro e Garrett (2002), no estudo que realizaram com familiares cuidadores de doentes com AVC, concluíram que “Os cônjuges apresentam maiores níveis de ansiedade e depressão que as filhas/noras...”, justificando pelo facto de os cônjuges valorizarem mais as situações de dependência e as suas repercussões a nível da dinâmica e

da qualidade de vida de ambos, enquanto as noras e filhas atribuem maior importância à sua família nuclear, ao trabalho, etc, e apresentam uma maior resistência e capacidade de lidar com os problemas.

Também na perspectiva de Paúl e Fonseca (2001) a doença prolongada gera uma situação de crise e, enquanto situação de crise, gera instabilidade, podendo o stress ser um resultado dessa crise.

Cresce, assim, a exigência que exista uma ligação entre a equipa de saúde e aquele que será o cuidado informal, de forma a maximizar o nível de bem-estar e o grau de auto-realização, ajudando as famílias a adquirir o seu potencial físico, mental e social.

Salienta-se ainda, a tendência que hoje em dia existe da transferência cada vez mais precoce do doente crónico e dependente para o domicílio, confrontando a família para a prestação de cuidados múltiplos e adequados às necessidades.

3.2.1. O Impacto Das Alterações Alimentares Na Família E Familiar Cuidador Do Doente Crónico

A alimentação é considerada essencial para a sobrevivência, portanto uma necessidade humana básica. Quando surgem alterações alimentares no doente crónico, a família e nomeadamente o familiar cuidador, sentem que o seu familiar se encontra perante a morte, obrigando-os a prepararem-se para o luto.

O facto de o doente ir apresentando perda de apetite suscita na família e no familiar cuidador situações de elevado nível de ansiedade, tal como refere McClement *et al.* (2004) ao afirmar que os familiares manifestam níveis de ansiedade relacionados com a alteração alimentar mais elevados do que os da própria pessoa doente.

A perda de apetite associada à perda de peso provoca alterações no relacionamento familiar conduzindo a situações de discórdia familiar e mudança nos hábitos alimentares da família (Poole Froggatt, 2002; McClement *et al.*, 2004; Souter, 2005; Strasser *et al.*, 2007). Cozinhar constituiu-se assim, num desafio para o cuidador, na medida em que se depara no seu pensamento, *se não comer a morte surge* (Strasser *et al.*, 2007).

Com a diminuição do peso, outra sintomatologia surge, nomeadamente: fadiga, presença de edemas; mobilidade reduzida, entre outros, repercutindo-se no cuidador maior esforço quer físico, emocional, psicológico, quer social, na medida em que exige deste maior apoio e substituição em algumas actividades de vida, se não em todas (Hudson *et al.*, 2004; Herbert *et al* Schulz, 2006). Um dos aspetos que influencia a dimensão

emocional, social e cultural, que raramente é reconhecida refere-se à incapacidade da pessoa em ingerir os alimentos e reunir-se com a família na hora das refeições ou recusar a comida oferecida. (Souter, 2005; Sancho, 2005). Salienta Colière (2003) que alimentar representa, “o primeiro cuidado”. Nessa medida, aceitar um alimento é uma recompensa para os cuidadores, pelos cuidados prestados (Hopkinson *et al.*, 2006).

Oferecer e aceitar alimentos além de ser um acto simbólico de relacionamento, um acto que estreita os laços familiares, uma dimensão da expressão de amor e carinho (Hugdes e Neal, 2000, Poole e Froggatt, 2002; Hopkins, 2004; Souter, 2005; Shragge *et al.*, 2007), também é de alguma forma, considerada como uma necessidade para ajudar no controle da doença.

Conforme temos vindo a referir, a alimentação para além de ser entendida como uma necessidade humana básica, também o momento em que acontece o acto alimentar é entendido como um momento onde se estabelece interações sociais. Quando este momento se altera por limitações alimentares que a pessoa doente vai apresentando, os momentos de interação social e de lazer desvanecem-se, transformando-se em atos alimentares isolados e rodeado muitas vezes por batalhas alimentares, em que o cuidador manifesta sentimentos de ansiedade, frustração, incompetência, rejeição, falta de esperança, pelo insucesso na alimentação (Souter, 2005; Hopkinson *et al.*, 2006, Shragge *et al.*, 2006). Por medo, desenvolvem acções para lutar contra a perda de apetite e de peso (Strasser *et al.*, 2007). Culpam-se por não proporcionarem conforto ao doente que alivie o seu sofrimento e lhes prolongue o tempo de vida (Kristjanson e Aoun, 2004).

Neste sentido, é fundamental que o familiar cuidador mantenha uma esperança realista (Buckman, 2002; Twycross, 2001; Gómez-Batiste *et al.*, 1996). Para isso, a informação e a comunicação estabelecida pelo enfermeiro com a família e com o familiar cuidador deve ser clara e atempada de forma a facilitar a adaptação emocional à doença (Rabow *et al.*, 2004). A este propósito, é necessário entender o significado que tem para o cuidador a perda de apetite.

4.O Cuidar Dos Enfermeiros No Auto-Cuidado: Alimentar

Todos somos capazes de cuidar mas nem todos conseguimos um cuidar para a multidimensionalidade da pessoa, apresentando-se actualmente como um ideal moral da enfermagem (Watson, 2002).

De acordo com Hesbeen (2000:37) "Cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular."

Quando falamos em cuidar o nosso foco é a pessoa com as suas dimensões visando sempre preservar a dignidade e o bem-estar. Deste modo, e de acordo com Florence Nightingale a enfermeira deve cuidar da pessoa como um ser único. Deste modo, é necessário aceitar a pessoa tal como ela é, sem a tentar modificar, mas sim fornecendo-lhe as pistas necessárias à resolução dos seus problemas, sendo que "as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana" OE (2003:21)

Assim, é fundamental clarificar dois tipos de cuidados, que Collière (1999:237) distingue: os cuidados quotidianos e habituais (care), ligados às funções de manutenção, de continuidade da vida; os cuidados de reparação (cure), ligados à necessidade de reparar o que constitui obstáculo à vida. Os "cuidados quotidianos" e habituais da vida referem-se aos hábitos de vida, de costumes e de crenças, bem como, tudo o que é indispensável para o desenvolvimento da vida, construindo e mantendo a imagem do nosso corpo e estimulando as trocas com tudo que é essencial à vida, "fonte de energia vital: a luz, o calor, a relação com as pessoas conhecidas, os objectos familiares, etc." (Collière, 1999:238).

Salientamos que o cuidar só pode ser executado numa relação interpessoal, respeitando a individualidade, procurando em conjunto perceber e negociar os significados comuns que cada pessoa atribui aos seus comportamentos, tendo em vista, através do processo de aprendizagem, a adopção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde (OE, 2004).

Neste sentido, " no estabelecimento das relações terapêuticas, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite entender e respeitar os outros, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem" (OE, 2004:4).

No cuidar de enfermagem todos os comportamentos devem ser promovidos pelos códigos profissionais de ética do exercício profissional. Como refere Watson (2002:52) “ o processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos, é um enfoque importante para a enfermagem, não apenas devido às transações dinâmicas de humano para humano, mas devido aos conhecimentos requeridos, empenhamento, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço”.

Deve-se assim reconhecer que cuidar para cada pessoa tem um sentido, ou seja, segundo Honoré (2004:39) aquilo que os homens têm em comum, não é o mesmo sentido das coisas, das ações e dos acontecimentos, mas a possibilidade de lhes dar um sentido, e, ao fazê-lo reconhecem-se na sua dignidade humana.

Hesbeen (2002) refere que o enfermeiro é o profissional de saúde que cuida da pessoa doente em toda a sua globalidade e complexidade. Podemos depreender assim que para além da intervenção técnica subjacente à prática de enfermagem, o enfermeiro deve compreender toda a dimensão humana que envolve a pessoa doente.

Torna-se para a enfermagem um desafio quando se fala de suporte nutricional, pois esta é a articulação dos diversos saberes com o fim de gerar mudanças no processo educativo e nas práticas profissionais. Na prática assistencial, não se dá a devida importância ao cuidado nutricional, o momento da alimentação não é valorizado na assistência, com isto, a aceitação ou a rejeição dos alimentos também passam despercebidos. Conclui-se por isso que, há necessidade de atendimento às individualidades, considerando que no processo patológico, a alimentação tem um significado emocional tão importante quanto o terapêutico para o doente, estando diretamente relacionada aos fatores socioculturais, étnicos, religiosos (Boog e Campos, 2006).

O estudo de Petronilho (2012) demonstra que o auto-cuidado é um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, com justificação positiva na promoção da saúde e no bem-estar através do aumento de conhecimentos e habilidades da pessoa onde os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros têm um papel decisivo.

Orem (2001), refere que a teoria do auto-cuidado constitui a essência da teoria geral da enfermagem e identifica cinco métodos de ajuda: 1. agir ou fazer para o outro; 2. guiar o outro; 3. apoiar o outro (física ou psicologicamente); 4. proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal; e 5. ensinar o outro.

Assim, quando surgem alterações no auto cuidado alimentar, influenciada esta por fatores psicossociais, culturais, religiosos e económicos, ligada intimamente à vida, ao

bem-estar, a sua diminuição além de causar sofrimento ao doente e família o enfermeiro também sofre. Desta forma e por tudo o que referimos é importante salientar que a Teoria de Enfermagem do Défice de Auto-cuidado é uma teoria geral que engloba três teorias: a teoria do auto-cuidado, que descreve como e porquê as pessoas cuidam de si; a teoria do défice de auto-cuidado, que descreve e explica porque razão as pessoas podem ser ajudadas através dos cuidados de enfermagem; e a teoria dos sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser mantidas para que se faça Enfermagem (Orem, 1993).

Neste sentido, o foco dos cuidados de enfermagem devem-se dirigir a determinados aspectos, nomeadamente: a apresentação dos alimentos, a posição para se alimentar, oferecer os alimentos que a pessoa gosta, perceber a causa da perda do interesse pela comida (O'Connor, 2007). Desta forma, intervir junto do doente com alterações alimentares exige uma abordagem multidimensional. Neste sentido a comunicação tem um papel essencial no entendimento dos valores, objetivos e planos dos mesmos. Bermejo (2011) salienta que as habilidades comunicacionais são a forma mais prática em que aquelas se concretizam na relação e se traduzem num modo de articular a comunicação, um modo de torná-la operacional.

Desta forma o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, contribui para o processo de capacitação na medida em que “Participa, em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projetos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2009:28).

4.1. Cuidados De Enfermagem À Família Do Doente Crónico Com Alterações Alimentares

É muito difícil para a família deparar-se com o seu familiar que apresenta anorexia e o seu estado geral é debilitado. Quando surge a necessidade da utilização de medidas mais invasivas pela impossibilidade de se alimentar, resulta frequentemente em frustrações para a família e causa sofrimento ao doente (Cimino, 2003).

Neste sentido, quando os enfermeiros traçam o seu plano de intervenção para ajudar as famílias, nomeadamente os familiares cuidadores é crucial compreender o significado que as alterações alimentares têm para o doente e sua família.

Salientamos, que a alteração alimentar obriga o cuidador a redefinir o significado da sua vida e a preparar-se para o luto, impondo aos enfermeiros que o percepcione como alvo dos cuidados e parceiro nos cuidados.

Contudo, conforme salienta Poole e Frogatt, (2002), pouco se tem investigado como é que a pessoa doente e os seus familiares podem ser ajudados a viver com este sintoma.

McClement *et al.* (2004) na pesquisa que fazem sobre as respostas dos familiares à diminuição da ingestão alimentar e perda de peso das pessoas em fase terminal, verificaram que as estratégias e comportamentos adoptados pelos familiares foram definidos em três subprocessos: lutar contra a perda de peso, quando não aceitam a morte; “waffling: is it better to eat or not to eat” – caracterizada pela ambivalência entre o manter a pessoa viva e deixar morrer; “letting nature take its course” assumem que é melhor não comer.

Deste modo, os enfermeiros devem identificar quer as suas crenças, quer as crenças dos cuidadores relativamente à importância e significado da alimentação para que o tratamento a estipular seja realista e não gere conflitos (Alliari, 2004),

Assim, envolver os familiares na elaboração do plano de cuidados permite inquirir as suas preocupações no geral, e em relação aos objectivos nutricionais em particular (Way *et al.*, 2002). Com este princípio estamos a reduzir a ansiedade e o sofrimento relacionado com a perda do apetite e prepara-os para a progressiva evolução da doença tornando as suas expectativas mais realistas. Negociar os novos objectivos dos cuidados, mesmo quando não há conflito, reduz o fardo que a pessoa doente e a família têm, a equipa pode funcionar como um veículo catalisador para a resolução de conflitos pendentes, que são difíceis de discutirem em família (Souter, 2005).

A grande ênfase da intervenção quer no familiar cuidador, quer na pessoa doente é na aceitação e adaptação à falta de apetite e à diminuição da ingestão alimentar (Twycross, 2001; McClement *et al.*, 2004; Hopkinson *et al.*, 2006; Shragge *et al.*, 2007).

Salientamos que na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, é exaltada a importância dos profissionais de saúde na capacitação das pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-as para todos os estádios do seu desenvolvimento e para lutarem contra doenças crónicas e incapacitantes (Organização Mundial de Saúde, 1986). Deste modo é importante o empoderamento dos cuidadores de forma a ajudar na superação das necessidades.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária tem aqui um papel fundamental na medida em que é este que desenvolve a sua actividade centrada na comunidade. É nesta área que o enfermeiro (através da descoberta das novas necessidades de saúde, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas) tem o papel determinante na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica. Assim, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos devido aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efectivos ganhos em saúde (OE).

Como competências deste enfermeiro especialista destaca-se: “participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projectos de saúde colectiva e ao exercício da cidadania.” Para além destas competências “Intervêm em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados. Assim, evidenciam -se as actividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade. Responsabiliza-se por identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica e assegura a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político” (OE).

É na família que se adquirem as primeiras noções de promoção de saúde e protecção da doença, tornando-a deste modo a “instituição mais antiga e utilizada na assistência à saúde no mundo. Daqui podermos afirmar que também é um agente prestador de cuidados” (Nogueira, 2007:12).

Na prática é importante que o enfermeiro não tome a raiva e as acusações que lhe são dirigidas, como um ataque pessoal ao seu desempenho profissional, e compreenda que é um S.O.S. pelo sofrimento vivido. Ao reafirmar gentilmente, que o doente está confortável com a pouca ingestão alimentar e envidar esforços para compreender o que

consideram que seja um cuidado nutricional insuficiente, reduz-se a raiva da família (McClement *et al.*, 2004) e impede-se uma potencial escalada do conflito (Souter, 2005).

Capítulo Dois – Da Problemática Às Opções Metodológicas

1. Problemática, Questões Orientadoras E Objetivos Do Estudo

A importância da alimentação merece uma atenção especial pois é um aspeto essencial à sobrevivência humana. Refere Waitzberg (2004) que a alimentação é um modo de pensar, agir e sentir da pessoa em relação ao acto de comer, influenciada por diversas variáveis: físicas, fisiológicas, familiares, religiosas, culturais, comportamentais, psíquicas, económicas, intelectuais, entre outras.

As alterações na alimentação têm um profundo impacto em quem cuida, pelo facto de se associar a morte eminente. O familiar cuidador experiencia o seu processo de transição antecipando a perda do seu familiar e iniciando o processo de luto (Meleis *et al.*, 2000).

Deste modo as questões da alimentação geram muitas interrogações e emoções o que provoca nos enfermeiros tomadas de decisão de elevada complexidade, nomeadamente quando se trata de entubar para alimentar por sonda ou parar a alimentação.

Ganzini *et al.* (2003), na pesquisa que realizou relativo à opinião dos Enfermeiros, verificou que os enfermeiros consideravam que quando os doentes paravam de comer e beber se preparavam para a morte e consideravam a sua qualidade de vida com um nível muito baixo. O estudo revelou ainda, que 85% dos doentes morreu dentro de 15 dias após ter parado de comer ou beber.

Torna-se ainda importante realçar, conforme menciona Coloço, Holanda, Portero, (2009), que o contexto hospitalar pode influir de forma negativa, a aceitação da dieta pelo doente, pelo facto de se tratar muitas vezes de um ambiente hostil e impessoal, com rotinas de trabalho que visam atender, na maioria das vezes, à equipa de saúde e não às necessidades particulares de cada doente.

Neste sentido, maximizar o bem-estar e promover o auto-cuidado é um dos objetivos dos enfermeiros, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (2003).

Carpenito (2003) define a síndrome de déficit do auto-cuidado como o estado em que a pessoa apresenta prejuízos na função motora ou cognitiva, causando uma diminuição na capacidade de desempenhar cada uma das cinco actividades de auto-cuidado, que são: alimentação, banho/higiene, uso do vaso sanitário e, vestir-se/arrumar-se. As actividades de vida diária são aprendidas ao longo do tempo e tornam-se hábitos que duram toda a vida.

Também e de acordo com o estudo de Petronilho (2012), o auto-cuidado é um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, com tradução positiva na promoção da saúde e

no bem-estar através do aumento de conhecimentos da pessoa e habilidades onde os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros têm um papel decisivo. Salienta ainda, que existe um número resumido de pesquisas centradas na capacidade da pessoa em realizar as atividades de vida, que designa por auto-cuidado básico (alimentar-se, vestir-se, higiene pessoal, entre outros).

Salientamos que o enfermeiro deve defender a dignidade humana tendo como princípios a inviolabilidade, a igualdade, a autonomia, e a solidariedade.

Neste sentido, partindo destes pressupostos e das nossas razões pessoais e profissionais conduziu-nos para o estudo com a temática: *Intervenções dos enfermeiros no auto-cuidado alimentar do doente crónico*.

A presente investigação com a questão de investigação *Quais as intervenções dos enfermeiros no auto cuidado alimentar do doente crónico?* Com o objetivo geral *Conhecer as intervenções dos enfermeiros no auto-cuidado alimentar no doente crónico*, de natureza qualitativa, desenvolvido numa unidade de média e longa duração pelo facto de ser do interesse e do investigador e da instituição em que o foco auto-cuidado alimentar seja olhado como um indicador de qualidade.

Face ao exposto, colocamos as seguintes questões orientadoras:

- Que cuidados de enfermagem são prestados no auto-cuidado alimentar do doente crónico?
- Qual o significado atribuído pelos enfermeiros ao auto cuidado alimentar no doente crónico?
- Que estratégias adotam os enfermeiros no auto cuidado alimentar no doente crónico?
- Que dificuldades se deparam os enfermeiros no auto cuidado alimentar no doente crónico?
- Que necessidades se deparam os enfermeiros no auto cuidado alimentar no doente crónico?
- Quem envolvem os enfermeiros no auto cuidado alimentar no doente crónico?
- Qual a perspectiva do enfermeiro acerca do papel do cuidador no doente crónico no auto cuidado alimentar?

Como objetivos específicos:

- Identificar os cuidados de enfermagem prestados no auto cuidado alimentar no doente crónico;
- Analisar o significado atribuído pelos enfermeiros ao auto cuidado alimentar no doente crónico;
- Identificar estratégias adotadas pelos enfermeiros no auto cuidado alimentar no doente crónico;
- Identificar dificuldades com que se deparam os enfermeiros auto cuidado alimentar no doente crónico;
- Identificar as necessidades no auto cuidado alimentar no doente crónico
- Identificar junto dos enfermeiros quem envolvem no auto cuidado alimentar no doente crónico;
- Identificar a perspectiva dos enfermeiros acerca no auto cuidado alimentar no doente crónico

2. Opções Metodológicas

A investigação em Saúde procura responder às dúvidas que surgem no dia-a-dia da prática profissional. Para tal é indispensável que, se consciencialize essas dúvidas e as lacunas no conhecimento para que, uma vez identificadas, se sinta necessidade de procurar as respostas e o caminho para a resolução das mesmas, se tal for possível. Os critérios da metodologia de investigação em saúde e o desenho do estudo são o instrumento fundamental para identificar qual o modo de responder a essas questões.

O desenho da investigação como define Fortin (2008:132) é «o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação».

Assim, de acordo com os objetivos do estudo, a presente investigação é de natureza qualitativa, permitindo assim uma compreensão das intervenções dos enfermeiros no auto-cuidado alimentar.

Este paradigma tem, segundo Bogdan e Biklen (1994), cinco características: 1) a fonte direta de dados é o ambiente natural, sendo o investigador o principal instrumento; 2) carácter descritivo; 3) os investigadores interessam-se mais pelo processo do que pelo produto; 4) a análise de dados é feita de forma indutiva e 5) é dada uma vital importância ao modo como as diferentes pessoas envolvidas interpretam os significados.

O paradigma qualitativo prevê, durante a investigação, a contextualização e a subjetividade de atitudes e respostas inerentes à condição humana, o que o transforma no melhor modelo de investigação quando os objetos de estudo são as pessoas, as suas relações e comportamentos.

Segundo Minayo (2004), na abordagem qualitativa há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, ou seja, existe um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito, que não pode ser traduzido em números.

2.1. Tipo De Estudo

Este estudo insere-se num estudo de índole qualitativa do tipo: estudo de caso. Optamos por este tipo de estudo, tendo em conta a questão de investigação e procurarmos conhecer, compreender e interpretar o significado atribuído pelos enfermeiros aos fenómenos auto-cuidado alimentar no doente crónico”.

“Este tipo de investigação utiliza-se para estudar um caso que é reconhecido como especial, procurando associar a evolução de um fenómeno a uma intervenção. Uma das

características do estudo prende-se com a possibilidade de obter informação detalhada sobre um fenómeno novo [...].” (Sousa e Santos, 2007)

O estudo de caso como estratégia de investigação é abordado por vários autores, como Yin (1993 e 2005), Stake (1999), Rodríguez *et al.* (1999), entre outros, para os quais, um caso pode ser algo bem definido ou concreto, como um indivíduo, um grupo ou uma organização, mas também pode ser algo menos definido ou definido num plano mais abstracto como, decisões, programas, processos de implementação ou mudanças organizacionais.

Os estudos de caso, na sua essência, parecem herdar as características da investigação qualitativa. Esta parece ser a posição dominante dos autores que abordam a metodologia dos estudos de caso. Neste sentido, o estudo de caso rege-se dentro da lógica que guia as sucessivas etapas de recolha, análise e interpretação da informação dos métodos qualitativos, com a particularidade de que o propósito da investigação é o estudo intensivo de um ou poucos casos (Latorre *et al.*, 2003).

A vantagem do estudo de caso é a sua aplicabilidade a situações humanas, a contextos contemporâneos de vida real (Dooley, 2002).

Sobre o carácter holístico dos estudos de caso, podemos dizer que os estudos de caso são holísticos, porque herdam essa característica da investigação qualitativa. Nesta perspectiva, os estudos de caso visam uma maior concentração no todo, para chegar a compreender o fenómeno na globalidade e não a alguma particularidade ou diferenciação de outros casos (Stake, 1999).

Para Yin (2005), a necessidade de realizar estudos de caso surge com o estudo dos fenómenos sociais complexos. Deste modo, para este autor, os estudos de caso devem usar-se quando se lida com condições contextuais, confiando que essas condições podem ser pertinentes na investigação. Aliás, a importância que Yin (2005:32) atribui ao contexto está patente na sua definição de estudo de caso: “o estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenómeno contemporâneo dentro do seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenómeno e o contexto não estão claramente definidos”.

Todo o bom desenho de estudo de caso incorpora uma teoria, que serve como plano geral da investigação, da busca de dados e da sua interpretação (Yacuzzi, 2005). Para outros autores o estudo de caso surge mais como uma forma de construir teorias e não tanto de as comprovar. Por exemplo, para Gillham (2000), a teoria não está primeiro,

mas sim a evidência. Refere este autor que: outra característica fundamental é que não se começa com noções teóricas a- priori (resultantes, ou não, da literatura) – porque até que seja possível trabalhar os dados e compreender o contexto, não se sabe que teorias (explicações) funcionam melhor ou fazem mais sentido (Gillham, 2000:2).

Ainda segundo Vilabol *cit in* Rodrigo (2008) este é um estudo que se caracteriza por: “uma unidade que se analisa profundamente. Pode ser caracterizado como um estudo de uma entidade bem definida, como um programa, uma instituição, um sistema educativo, uma pessoa ou uma unidade social.”

Este é um estudo que não intervém diretamente sobre a situação, mas que pretende dar a conhecer o que surge através dela.

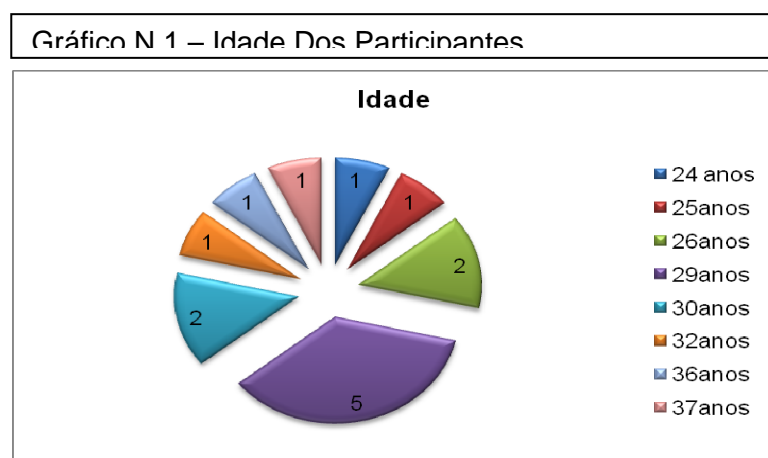
2.2. Participantes Do Estudo

Todo o estudo de investigação considera uma população ou universo e citando Fortin (1999, p.202) “*uma população é um conjunto de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios*”.

Neste sentido, os participantes do estudo são enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem ao doente crónico, numa Unidade de Cuidados Continuados de Média e Longa duração do Alto Minho. Neste sentido neste estudo participaram 14 enfermeiros que constituem a nossa população alvo.

• Caracterização Dos Participantes

As idades dos participantes no estudo situam-se entre os 24 e os 37 anos, conforme demonstra o gráfico nº1.



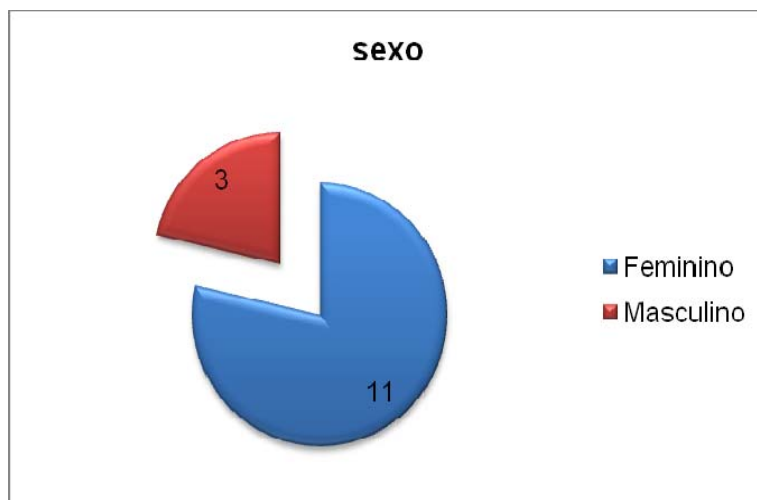
Os anos de exercício profissional dos participantes no estudo situam-se entre os 2 e os 10 anos (gráfico nº2).

Gráfico N.2 – Anos De Exercício Profissional



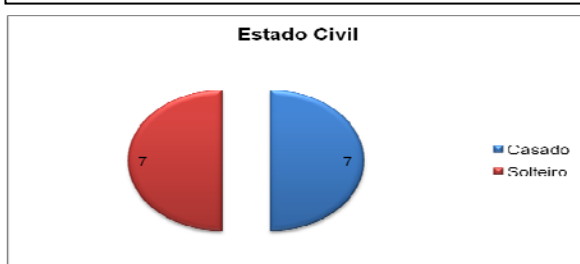
Dos 14 enfermeiros em estudo, 11 são do sexo feminino, conforme podemos verificar no gráfico nº 3

Gráfico N.3 – Sexo Dos Participantes



Relativamente ao estado Civil, 7 enfermeiros são casado(a) e 7 enfermeiros são solteiro(a)

Gráfico N.4 – Estado Civil Dos Participantes



2.3. BREVE CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PESQUISA

Com o surgir dos anos e com o desenvolvimento da sociedade, desenvolveram-se algumas medidas com o objetivo de melhorar a qualidade das respostas sociais presentes e de criar respostas que enquadrassem a vertente saúde e apoio social.

A fim de cumprir esse objectivo, a primeira medida que surgiu em Portugal, foi o Plano de Apoio Integrado a Idosos (PAII) (Despacho Conjunto n.º 166, (1994), Criação do Programa de Apoio Integrado a Idosos, publicado a 20 julho), que qualificou os atuais e criou novos serviços de apoio domiciliário. No âmbito destas medidas foram também criados os centros de apoio a dependentes (CAD), alargamento dos serviços de apoio domiciliário (SAD), formação de recursos humanos (FORHUM), serviço Tele-Alarme (STA), saúde e termalismo e passes para a terceira idade, com a finalidade de aumentar o número de respostas e melhorar a qualidade dos serviços existentes (Carvalho, 2012).

Ao mesmo tempo surge a necessidade de desenvolver uma rede de cuidados continuados de saúde, da responsabilidade do Ministério da Saúde e do Ministério da Solidariedade Social e do Trabalho, tendo sido regulamentada em 1998 e dirigindo-se a situações de dependência, na área dos cuidados de longa duração de saúde e apoio social. O Programa de Apoio Integrado a Idosos criou duas respostas inovadoras, o apoio Domiciliário Integrado (ADI), a pessoas dependentes que necessitem de apoio social, satisfação de necessidades básicas e cuidados de saúde e a Unidade de Apoio Integrado (UAI), que presta cuidados temporários a pessoas dependentes que não podem manter-se no domicílio, mas que necessitam de cuidados de saúde hospitalares.

Com a necessidade de melhorar os serviços de saúde prestados a pessoas dependentes e com o aumento da esperança média de vida, à diminuição da mortalidade e da natalidade em Portugal, denotam-se novas necessidades nos níveis de saúde e sociais, esperando-se por parte das instituições respostas diversificadas que satisfaçam as necessidades de pessoas idosas com, dependência funcional, doenças crónicas e de pessoas com doenças em estado avançado e em final de vida.

Deste modo surgem as unidades e equipas, assentes numa rede nacional de cuidados continuados integrados que engloba as redes nacionais de saúde (sistema nacional de saúde) e de segurança social (sistema de segurança social), criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, que pretende criar “serviços de proximidade, sob a forma de parcerias entre os centros de saúde e as instituições de apoio social, visando promover

a reabilitação imediata do paciente crônico e do idoso nos hospitais e a reinserção na família, melhorar o planeamento dos equipamentos e cuidados continuados e incentivar o desenvolvimento dos cuidados paliativos, reativar os cuidados no domicílio e reforçar o apoio à família, através do internamento temporário” (Carvalho, 2012:88).

Os cuidados continuados integrados definem-se como “o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.” (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho:3857).

A RNCCI tem como Missão “prestar os cuidados adequados, de saúde e apoio social, a todas as pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.” (Manual do Prestador - Recomendações para a Melhoria Contínua, 2011:7/8).

A prestação de cuidados de saúde e apoio social na RNCCI é efetuada por 4 tipos de resposta: Unidade de ambulatório (Unidade de dia e promoção da autonomia); Equipa Hospitalar (Equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos); Equipas domiciliárias (Equipa de cuidados continuados integrados; Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos); Unidade de Internamento (Convalescença. Média Duração e Reabilitação, Longa Duração e Manutenção, Cuidados Paliativos).

Este estudo insere-se numa Unidade de Média e Longa Duração, que se traduz por unidades de internamento temporário ou permanente, que prestam cuidados de saúde e apoio social de manutenção, a “pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio. (...) têm por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e qualidade de vida, por um período superior a 90 dias consecutivos.” (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho:3860).

As Unidades de Longa Duração e Manutenção têm como finalidade proporcionar cuidados de saúde e sociais que previnam ou retardem o agravamento da situação de dependência das pessoas, proporcionando conforto e qualidade de vida. O internamento pode ter um período inferior a 90 dias, em situações temporárias, decorrentes de

dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, nunca podem exceder os 90 dias por ano.

Este tipo de Unidades pretende responder a necessidades sociais e de saúde, visando sempre maximizar a manutenção das aptidões para a realização das atividades de vida diária. Pretende também “facilitar a gestão de altas dos hospitais de agudos; promover a autonomia e a satisfação de necessidades sociais dos doentes.” (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2010).

Cada Unidade deve dispor também de uma equipa técnica multidisciplinar das áreas da saúde e de ação social, devendo esta equipa ser constituída pelos profissionais de saúde, tais como: “médico; enfermeiro; fisioterapeuta em tempo parcial; terapeuta ocupacional em tempo parcial; psicólogo clínico em tempo parcial; nutricionista em tempo parcial; auxiliares de ação médica/ ajudantes de saúde e de profissionais de ação social, técnico de serviço social, podendo contar com voluntários, devidamente preparados e enquadrados e prestadores informais de cuidados. ” (RNCCI, 2010)

As Unidades de internamento de Longa Duração e Manutenção têm como critérios de admissão: “Necessidade de apoio para a satisfação das necessidades básicas; necessidade de cuidados de manutenção de aptidões; Impossibilidade de inserção na comunidade, por ausência de recursos sóciofamiliares; Necessidade de descanso de familiares ou de outros cuidadores informais” (RNCCI, 2010). “Doente que, por patologia aguda e/ou crónica estabilizada, necessite de cuidados de saúde e apresente défice de autonomia nas atividades da vida diária, com previsibilidade de internamento superior a 90 dias; Doente com patologia crónica de evolução lenta, com previsão de escassa melhoria clínica, funcional e cognitiva; Doente sem potencial de recuperação a curto e médio prazo; Doente com algum dos seguintes síndromes: depressão, confusão, desnutrição/problemas na deglutição, deterioração sensorial ou compromisso da eficiência e/ou segurança da locomoção.” (Manual do Prestador - Recomendações para a Melhoria Contínua, 2011).

Depois de situadas as questões do envelhecimento da dependência e das respostas para as pessoas idosas avança-se para a análise do processo de planeamento das altas em CCI com destaque para o papel dos profissionais de Serviço Social nesse processo.

2.4. Método E Instrumento De Recolha De Dados

Tendo em conta os objetivos a que nos propomos, entendemos que a utilização da entrevista como método de colheita de dados seria o mais pertinente, que segundo Fortin (1999:245) “é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes (...)”.

Utilizamos a entrevista semi-estruturada como método de colheita de dados, que segundo Fortin (1999, p.246) é a que requer o máximo controlo sobre o conteúdo, o desenvolvimento, a análise e a interpretação da medida.

Para a realização da entrevista utilizamos um guião (Apêndice II), com base nos objetivos delineados e no enquadramento teórico da problemática. O guião foi objeto de pré-teste, tendo sido aplicado a duas enfermeiras de uma unidade de cuidados continuados não incluídas neste estudo. O pré-teste demonstrou-se adequado, pelo que não foi necessário realizar alterações no guião.

As entrevistas decorreram num gabinete situado na unidade onde os participantes do estudo desenvolvem a sua atividade profissional. A duração das entrevistas variou entre os 30 minutos e os 40 minutos, sendo o seu conteúdo transcrito na íntegra, posteriormente. De seguida, foram devidamente analisadas, recorrendo ao método de análise de conteúdo. No decorrer das entrevistas, foi assegurado um ambiente tranquilo.

Salientamos, que todos os participantes neste estudo, permitiram a gravação da entrevista. A cada entrevista foi atribuído um código, de forma a organizar melhor a análise dos dados obtidos, mantendo assim o anonimato do entrevistado.

2.5 Método De Tratamento De Dados

Conforme referido anteriormente, as entrevistas realizadas foram transcritas na íntegra e posteriormente submetidas a análise de conteúdo. Para isso iniciamos um processo de leitura e análise geral, passando posteriormente para uma análise mais profunda e pormenorizada, ou seja os achados foram submetidos a uma processo de análise de conteúdo que consiste, segundo Bardin (2011) num “*conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens*”. Ainda de acordo com este autor, a análise de conteúdo organiza-se

em três fases diferentes: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A pré-análise consiste na fase de organização, que tem como objetivo operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais. A exploração do material envolve a codificação, decomposição e enumeração. O tratamento dos resultados obtidos e a interpretação dizem respeito à última fase desta análise. Os achados são tratados de forma a serem significativos e válidos. (Bardin, 2011)

As unidades de registo ou de análise, asseguram-nos que estas nos ofereçam os instrumentos de trabalho que permite elaborar deduções específicas sobre um acontecimento. A sua categorização, permite-nos através “(...) de uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos” (Bardin, 2011, p. 145).

Ainda Bardin (2011), refere que as categorias são rubricas ou classes designadas como unidades de registo, identificando-as sob um titulo genérico escolhido pelas características comuns dos elementos encontrados, ou seja construir uma estrutura de análise, donde “(...) as categorias terminais [subcategorias], provêm do reagrupamento progressivo de categorias, com uma generalidade mais fraca” (Bardin, 2011, p.147).

2.6 Questões Éticas

Qualquer investigação que se efectua junto de seres humanos levanta questões morais e éticas. Muitas das metodologias utilizadas na investigação científica, podem lesar os direitos fundamentais das pessoas. Por conseguinte, é importante tomar todas as medidas necessárias para proteger os direitos e liberdades dos demais que participem na investigação.

Assim esta investigação teve por base, três princípios éticos, o princípio de respeito à dignidade humana; o princípio da beneficência e o princípio da justiça (Lo *cit.in* Hulley *et al*, 2008, p. 243-245).

O princípio do respeito à pessoa exige que o investigador obtenha consentimento informado, que protejam aqueles participantes com capacidade decisória reduzida e mantenham a confidencialidade durante toda a investigação. “Segundo este princípio, os participantes de pesquisas não são fontes passivas de dados, mas indivíduos cujos direitos

e bem-estar devem estar preservados” (Lo *cit.in* Hulley *et al*, 2008, p.243). Deste modo, as participantes tiveram oportunidade de decidir livremente a sua participação nesta investigação, bem como de desistir a qualquer momento, durante a mesma.

O princípio da beneficência exige que a pesquisa seja fundamentada cientificamente e que seja possível aceitar os riscos possíveis. Os riscos, incluem não somente danos físicos, mas também psicológicos, como quebra de confidencialidade, discriminação. Esses riscos podem ser minimizados, ao fazer o rastreio dos possíveis participantes, excluindo aqueles indivíduos susceptíveis a efeitos adversos (Lo *cit.in* Hulley *et al*, 2008, p. 243). Nesta investigação, antes do preenchimento do questionário, foi explicado às participantes o objectivo do estudo.

O princípio da justiça pressupõe que os benefícios e “bónus” da pesquisa sejam distribuídos de forma justa. Daí que grupos vulneráveis, como aqueles com acesso reduzido aos serviços, com poder decisório limitado ou indivíduos institucionalizados, quando não possuem capacidade de decidir livremente se querem ou não participar de uma pesquisa, estas não devem ser incluídas no estudo. O princípio de justiça também exige acesso equitativo aos benefícios da pesquisa (Lo *cit.in* Hulley *et al*, 2008, p.244). A forma de abordar os enfermeiros/as participantes e as condições para estes darem resposta ao questionário foi realizada da mesma forma para todos eles. Durante a investigação foi pedido para não colocar o nome, nem nenhum aspecto que pudesse identificar o participante em nenhum lugar do questionário. Foi ainda pedido para não juntar o consentimento informado ao questionário, mantendo desta forma o anonimato do participante.

Capítulo Três- Apresentação, Análise E Discussão Dos Dados

1. Apresentação, Análise E Discussão Dos Resultados

Neste serão apresentados os dados que sobressaíram das entrevistas realizadas aos enfermeiros de uma unidade de cuidados continuados, sua respectiva análise e discussão dos resultados, procurando ser o mais fidedigno da realidade profissional. Assim, procuramos captar a realidade individual de cada participante, de forma a compreender a influência dos cuidados de enfermagem no auto-cuidado alimentar no doente crónico em unidades de saúde de média e longa duração.

A análise dos dados conduziu-nos a 8 áreas temáticas com referidas categorias e subcategorias, conforme ilustra o Quadro n.º 1

Faremos ainda referência às “unidades de significação”, tendo a preocupação da clareza na análise dos dados.

Quadro N.º1 - Temas, Categorias E Subcategorias Emergentes Das Entrevistas Realizadas

Tema	Categoria	Subcategoria
	Avaliar o auto cuidado alimentar	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a história alimentar • Avaliar a deglutição • Conhecer o processo patológico • Avaliar as capacidades cognitivas • Avaliar as capacidades fisiológicas
	Gerir dieta	
	Administrar a alimentação	
	Gerir posicionamento	
	Observar	
	Planear dieta	
	Supervisionar	

	Realizar ensinios	
Significado atribuído pelos enfermeiros ao auto cuidado alimentar no doente crónico	Uma exigência fisiológica	
	Manutenção do estado nutricional	
	Manutenção do equilíbrio hidro-electrolítico	
	Promoção do conforto	
	Promoção do processo de cicatrização	
	Promoção de uma dieta adequada	
Estratégias adotadas pelos enfermeiros na prestação de cuidados no auto cuidado alimentar no doente crónico	Promoção de ambiente confortável	
	Promoção de dieta individualizada	
	Promoção de uma comunicação assertiva	
	Promoção de cuidados á boca	
	Optimização da sonda nasogástrica	
	Envolvimento da família	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar a participação • EPS
	Promoção do conforto	<ul style="list-style-type: none"> • Posicionamento • Espaço alimentar agradável
	Encaminhamento	
	Alívio de sintomas	
	Promoção da independência	
	Abordagem holística	

Dificuldades dos enfermeiros na prestação de cuidados no auto cuidado alimentar no doente crónico	Enfrentar a perda de apetite	
	Enfrentar a não-aceitação da família	
	Enfrentar o estado de caquexia	
	Aplicar medidas invasivas	
	Individualizar dieta	
	Enfrentar a indisponibilidade das famílias	
	Enfrentar a exteriorização da sonda nasogástrica	
	Enfrentar vômitos incoercíveis	
	Enfrentar doentes com disfagia	
	Tomada de decisão	
	Ensinar o doente e família	
Necessidades dos enfermeiros na prestação de cuidados no auto cuidado alimentar no doente crónico	Maior disponibilidade	
	Mais recursos humanos	
	Trabalho em equipa	
	Estabelecer uma comunicação assertiva	
	Reforçar aporte nutricional	
	Sem necessidades	
Recursos mobilizados pelos enfermeiros na prestação de cuidados no auto cuidado alimentar no doente crónico	Doente e família	

	Diferentes membros da equipa de saúde	
Perspetiva dos enfermeiros acerca do papel do cuidador do doente crónico em relação ao auto cuidado alimentar	Importante	
	Sem importância	
Sugestões dos enfermeiros para melhorar as intervenções no auto cuidado alimentar	EPS ao cuidador	

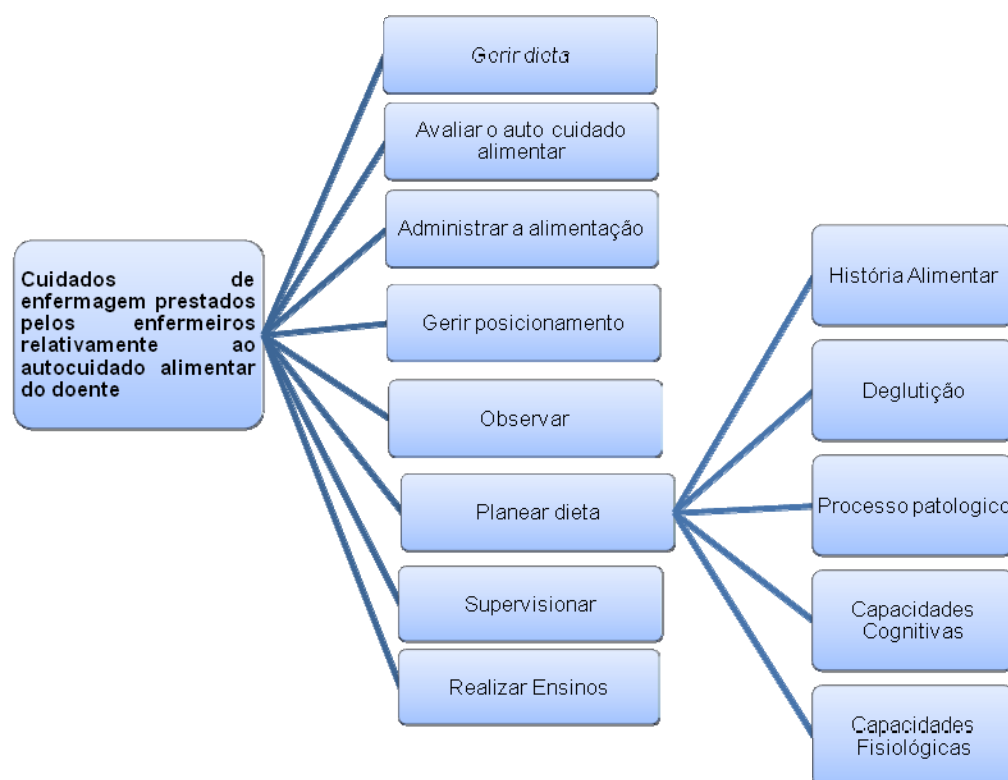
Seguidamente, são apresentadas as áreas temáticas, as respetivas categorias e subcategorias, com diagramas interpretativos e respetivos excertos das entrevistas efetuadas. No final de cada área temática realizamos a discussão dos resultados.

1.1. Cuidados De Enfermagem Prestados Pelos Enfermeiros Relativamente Ao Auto-Cuidado Alimentar Do Doente

Os cuidados de enfermagem implicam uma abordagem holística da pessoa, focando-se no diagnóstico das respostas humanas à doença e aos processos de vida. Este diagnóstico permite a identificação das necessidades de cuidados de enfermagem, a prescrição de intervenções e a monitorização de resultados, (Paiva e Silva, 2001 e 2005).

Neste sentido, procurou-se identificar os cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros no auto-cuidado alimentar, que após análise de conteúdo efetuada aos dados das entrevistas realizadas aos participantes do estudo, sobressaíram 6 categorias: **gerir dieta, avaliar o auto cuidado alimentar, em administrar a alimentação, em gerir o posicionamento, observar e em planear a dieta**, conforme representado (figura n.º1)

Figura Nº1 - Cuidados De Enfermagem Prestados Pelos Enfermeiros Relativamente Ao Auto-cuidado Alimentar Do Doente



No que se refere a **Avaliar o auto cuidado alimentar** e a partir da análise das unidades de registo dos discursos dos participantes encontrámos cinco subcategorias: **Conhecer a história alimentar; Avaliar a deglutição; Conhecer o processo patológico; Avaliar as capacidades cognitivas e Avaliar as capacidades fisiológicas**

Conhecer a história alimentar é mencionada por 2 enfermeiros entrevistados, tal como indica os seguintes discursos:

"(...)Conhecer os hábitos/rotinas alimentares"(...) 'E2;

"(...) Escolha da dieta consoante o doente, a capacidade de deglutição do doente, dos antecedentes clínicos do doente, dos gostos do doente e das necessidades do doente"(...) 'E11

Avaliar a deglutição, por sua vez é referida por 3 enfermeiros:

"(...) Testar reflexo de deglutição"(...) 'E4

"(...) Avaliar capacidade do utente deglutir"(...) 'E12

"(...) Avaliar a condição do doente (ex: náuseas, alterações de deglutição, etc) e adaptar alimentação(...) 'E13

Conhecer o processo patológico; foi referida por 1 Enfermeiro:

"(...)Conhecer as suas patologias associadas"(...) 'E2

Foi referido por 2 enfermeiros a subcategoria **Avaliar as capacidades cognitivas**

"(...) Avaliar as condições cognitivas e capacidade do utente cooperar na alimentação"(...) 'E12

"(...) Avaliar capacidades cognitivas"(...) 'E13

Por último, a subcategoria **Avaliar as capacidades fisiológicas** foi referido por 1 enfermeiro no estudo:

"(...) Avaliar Alterações visuais, Força muscular"(...) 'E14

Gerir dieta, foi outras das categorias mencionadas nas entrevistas por 4 dos enfermeiros:

" (...)Ajustar dieta as patologias tendo em consideração os gostos alimentares e hábitos culturais"(...) 'E2

"(...) Adequação da alimentação consoante as necessidades do doente"(...) 'E7

"(...) Adaptar a dieta alimentar à doença crónica em causa, por exemplo, doente com diabetes, controlar a ingestão de açúcares, ou no doente com HTA, controlo de quantidade de sal)Ajustar dieta de acordo com a sua patologia, estado de consciência e capacidade em deglutir"(...) 'E13

"(...)Gerir dieta"(...)E14

Relativamente à categoria **Administrar a alimentação** este é referida por 6 enfermeiros:

"(...) Alimentação oral, sng, peg"(...)E3

"(...) Alimentação oral, sng e peg"(...)E9; E10; E11

"(...)Alimentar utente, "(...)E12

"(...) Alimentar `boca ou por SNG, quando o doente é dependente devido à doença crónica"(...)E13.

No que respeita à categoria **Gerir posicionamento**, esta foi mencionada por 2 enfermeiros:

"(...) posicionar"(...)E4; E14

Observar foi entendido pelos enfermeiros como um cuidados importante no auto-cuidado alimentar , tal como indica os seguintes enxertos:

"(...) A observação do doente, tendo em conta a sua situação clínica. Se o doente possuir SNG, a verificação do conteúdo alimentar/posição da SNG e integridade. Se não possuir SNG, o estado consciente, a vontade do doente se alimentar e quantidade que deseja ingerir"(...)E6

Relativamente à categoria **Planear dieta**, esta foi mencionada por 6 enfermeiros:

"(...) Planear dietas fornecidas"(...)E8

"(...)Planear a dieta fornecido ao utente crónico"(...)E9

"(...)Planeamento da dieta"(...)E3

"(...)Planear a dieta dos utentes de acordo com as suas necessidades"(...)E10

No que se refere à categoria **Supervisionar**, este foi referida por 2 enfermeiros:

"(...)Supervisionar as refeições"(...)E10

"(...)Vigiar a quantidade de dieta ingerida"(...)E12

Por último, a categoria **Realizar ensinios**, foi referida por 1 enfermeiro:

"(...)Realizar ensinios ao utente e família acerca do auto-cuidado alimentar-se e da qual devera ser a sua dieta perante a sua patologia"(...)E12

Quadro n.º 2 – Cuidados De Enfermagem Prestados Pelos Enfermeiros Relativamente Ao Auto-cuidado Alimentar Do Doente

Entrevistados	Cuidados De Enfermagem Prestados Pelos Enfermeiros Relativamente Ao Auto-cuidado Alimentar Do Doente											
	Planear Dieta					Gerir Dieta	Administrar Alimentação	Gerir Posicionamento	Observar	Avaliar O Auto Cuidado Alimentar	Supervisionar	Realizar Ensinos
	História Alimentar	Deglutição	Processo Patológico	Capacidades Cognitivas	Capacidades Fisiológicas							
E 1												
E 2	X		X			X						
E 3							X			X		
E 4		X						X				
E 5												
E 6									X			
E 7						X						
E 8										X		
E 9							X			X		
E 10							X			X	X	
E11	X						X					
E12		X		X			X				X	X
E13		X		X		X	X					
E14					X	X		X				

Podemos verificar através dos achados, que a construção do cuidado de enfermagem é realizada em redor de uma determinada situação que envolve quem o constrói, quem o recebe e o contexto. A construção do cuidado inicia-se com o conhecimento e a identificação das necessidades da pessoa e família e pela procura de uma forma de lhes responder, apelando a diversos conhecimentos para entender os sinais do processo saúde-doença. (Collière, 1999:245).

É importante assim, conhecer a História alimentar do doente de forma a intervir para aliviar e/ou resolver os problemas reais evitando, quanto possível, os potenciais e ajudá-los a estabelecer objectivos realistas, proporcionando-lhes conforto, diminuindo o seu sofrimento e garantindo que a pessoa possa morrer com dignidade (Roper, Logan e Tierney, 1995).

Assim, a atenção deve ser dirigida a questões como a apresentação dos alimentos, a posição para se alimentar minimizando as alterações na hora das refeições, oferecer os alimentos que a pessoa gosta, perceber a causa da perda do interesse pela comida (O'Connor, 2007) fazendo intervenções dirigidas a essa (s) causa (s) e higiene oral regular. De facto, os profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro, necessitam de incorporar uma abordagem multidimensional nas questões da nutrição e hidratação no doente crónico, reconhecendo que estas são mais do que aspetos fisiológicos de alimentação e hidratação do corpo, mas que afetam a pessoa socialmente, psicologicamente e emocionalmente. (Arbolino e Sacchet, 2000).

O estudo de Dewey e Dean (2007) veio demonstrar que grande parte dos enfermeiros não avalia rotineiramente o estado nutricional da pessoa em fim de vida (incluindo o peso), não monitoriza continuamente o progresso do doente e a sua deterioração e não faz a avaliação formal das necessidades nutricionais da pessoa.

Também o nosso estudo demonstra que embora haja uma preocupação dos enfermeiros em **Avaliar o auto cuidado alimentar**; Gerir dieta; Planear dieta; Gerir posicionamento; Administrar a alimentação observar e realizar ensinamentos, também se constata que não é realizado uma monitorização deste auto-cuidado alimentar. Parece-nos poder dizer que talvez este facto se deva ao conceito que os enfermeiros possuem relativamente à capacidade de poderem gerir eficazmente as necessidades nutricionais da pessoa, devido ao facto de possuírem défices a nível de formação para a avaliação nutricional. A má avaliação nutricional e consequentemente intervenções não ajustadas

ao estado nutricional do doente faz com que o doente tenha aconselhamento *ad hoc* e o apoio pode vir tarde demais para atingir o máximo efeito.

1.2. Significado Atribuído Pelos Enfermeiros Ao Auto Cuidado Alimentar No Doente Crónico

Perceber os significados atribuídos pelos enfermeiros, construídos nas suas vivências diárias ao auto-cuidado alimentar é fundamental para entender a sua forma de agir e sentir. Assim, da análise de conteúdo realizada às entrevistas efectuadas aos enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Continuados, verificamos que os enfermeiros entendem o auto-cuidado alimentar como uma **exigência fisiológica**, a **manutenção do estado nutricional**, a **manutenção do equilíbrio hidro-electrolítico**, a **promoção do conforto**, a **promoção do processo de cicatrização** e ainda a **promoção de uma dieta equilibrada** (Figura nº2)

Figura Nº2 - Significado Atribuído Pelos Enfermeiros Ao Auto Cuidado Alimentar No Doente Crónico



A categoria **Uma exigência fisiológica**, foi referida por 3 enfermeiros:

(...) Necessidade fisiológica básica (...) E2

"(...) Todo o ser humano necessita de ser alimentado, independentemente da quantidade, mesmo um doente em situação crónica. É importante fornecer uma boa alimentação e ter em conta quais os alimentos que o utente prefere"(...)E6

"(...) A alimentação é seguramente o fator mais importante, pelos mecanismos de nutrição que desencadeia, tanto de ordem química e bioquímica como

fisiológica, que está na base do bom funcionamento do organismo, assim sendo é extremamente importante para uma boa qualidade de vida do doente crónico”(...) E14

No que se refere à categoria **Manutenção do estado nutricional**, esta foi referida por 3 enfermeiros:

“Importante para manter estado nutricional adequado (...) E3

”(...)/Necessidade de aporte nutricional de modo a prevenir/melhorar as úlceras de pressão reforçando o equilíbrio proteico e nutricional(...) E9

(...) Satisfazer as necessidades nutricionais dos utentes (...) E10

(...) Auto-cuidado essencial para aporte de nutrientes básicos para manter vida, manter níveis hidro electrolíticos adequados

A relativamente à categoria **Manutenção do equilíbrio hidro-electrolítico**, esta foi referida por 4 enfermeiros:

”(...)/Manter equilíbrio hidro-electrolítico”(...) E4; E7

”(...)/Promover o equilíbrio proteico e nutrientes essenciais para a prevenção das UP's”(...) E8

”(...)/Consiste em alimentar oralmente ou por SNG o doente por forma a manter o equilíbrio hidro-electrolítico e aporte de nutrientes necessários ao organismo, assegurando o bem –estar físico e psicológico”(...) E13

Uma das categorias referidas foi **Promoção do conforto**:

”(...) Promoção do conforto”(...) E7

Outra das categorias inserida nos.....foi a **Promoção do processo de cicatrização**, referida por....enfermeiros:

“ (...) Ajudar no processo de cicatrização em doente com feridas”(...) E10

Como ultima categoria, apresenta-se a **Promoção de uma dieta adequada**, que foi igualmente referida por 1 enfermeiro:

“ (...) Consiste no providenciar uma dieta adequada/alimentar um utente que apresenta uma doença que o acompanhara ao longo da sua vida. Tratar do que

é necessário para o doente alimentar-se e contribuir para uma alimentação equilibrada”(...) E12

Quadro N.º 3 – Significado Atribuído Pelos Enfermeiros Ao Auto Cuidado Alimentar No Doente Crónico

ENTREVISTADOS	SIGNIFICADO ATRIBUÍDO PELOS ENFERMEIROS AO AUTO CUIDADO ALIMENTAR NO DOENTE CRÓNICO					
	Uma exigência fisiológica	Manutenção do estado nutricional	Manutenção do equilíbrio hidro-eletrolítico	Promoção do conforto	Promoção do processo de cicatrização	Promoção de uma dieta adequada
E 1						
E 2	X					
E 3		X				
E 4			X			
E 5						
E 6	X					
E 7			X	X		
E 8			X			
E 9		X				
E 10		X			x	
E11		X				
E12						X
E13			X			
E14	x					

Os discursos revelaram que os significados atribuído pelos enfermeiros ao auto cuidado alimentar no doente crónico, indicam que os enfermeiros entendem a necessidade de preservar o suporte nutricional. Tal como refere Boog e Campos (2006:3) o suporte nutricional é definido como: “... o conjunto de medidas a serem tomadas a fim de prover ao paciente uma alimentação com finalidade terapêutica, que garanta o fornecimento adequado de nutrientes, previna a desnutrição e contribua para o controle do processo patológico e recuperação da saúde, proporcionando, ao mesmo tempo, o maior grau possível de satisfação sensorial e psicológica”.

Segundo Mendes (2007) os objetivos do Suporte Nutricional são: modificar a resposta metabólica perante uma agressão; evitar a perda de massa magra; prevenir o stress oxidativo; modular a resposta imune; fornecer níveis adequados de todos os nutrientes, especialmente micro nutriente; atingir e manter o peso ideal; promover alívio dos sintomas; otimizar a repleção nutricional em especial depois de uma infeção oportunista; diminuir as complicações, particularmente as infecciosas, influenciando o período de convalescença pós-crítico.

Para Sandstead (1990), nutrição, num sentido mais restrito, significa fornecer alimentos e água (ao doente). No entanto, num sentido metafórico, tem um significado mais alargado: o de fornecer alimento ao espírito e saciedade à alma do doente, e muitas vezes sossegar a família e os profissionais de saúde. A alimentação tem um simbolismo profundo em todas as sociedades: desde que o ser humano nasce é alimentado para se desenvolver, manter o seu equilíbrio, conviver, enfim... viver. A alimentação faz, igualmente, parte da vida social e afetiva de forma tão natural que, facilmente, esquecemos que este é um ato necessário à sobrevivência: está presente desde que nascemos até que morremos. Para Sandstead (1990), "*alimentar alguém é dar-lhe vida*".

É entendido pelos nossos participantes que é primordial desenvolver todo um conjunto de intervenções com vista ao equilíbrio nutricional e energético do doente que não consegue satisfazer a necessidade de se alimentar autonomamente. Salientamos que o enfermeiro é o profissional de saúde mais próximo do doente, é aquele que mais tempo passa junto do mesmo, é aquele que o conhece melhor que ninguém, é o seu confidente.

Independentemente de qualquer conduta dietética, é essencial respeitar a vontade do doente. A prescrição dietética pode contribuir para atender às necessidades do doente, mas deve, acima de tudo, oferecer prazer e conforto. Desta forma, juntamente com a ação de outros profissionais, a alimentação poderá contribuir para a melhor qualidade de vida possível para o doente em Cuidados Paliativos, até que a morte o acolha (Ganzini, 2006).

Quando estamos perante um doente crónico mas a experienciar a sua ultima etapa da vida é muito frequente depararmo-nos com quadros de anorexia/inapetência, desinteresse pela alimentação, inclusive recusa para os alimentos preferidos, o que conduz à

baixa ingestão alimentar e consequentemente a perda ponderal e comprometimento do estado nutricional. Nesta situação, os profissionais de saúde envolvidos neste cuidar devem adotar estratégias cuidativas que visem contribuir para a melhoria da qualidade de vida do doente e da sua família. Esta intenção é essencial e para isso terá que ter como foco os aspetos éticos, psicológicos, emocionais e o entrosamento entre eles (Waitzberg, 2004).

Neste sentido, e de acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros acerca dos direitos à vida e à qualidade de vida, importa citar a alínea c) do Artigo 82º que nos diz que é dever do Enfermeiro “*participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida*” (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Também salientamos que um grande número de estudos retrospectivos e observacionais, em doentes com demência avançada, concluíram que não há nenhuma evidência de que a alimentação por sonda nasogástrica possa prolongar a vida, melhorar o estado funcional, melhorar o conforto, ou reduzir a pneumonia de aspiração ou outras infeções (Smith & Andrews, 2000).

Em 1992 a *American Nurses Association* também emitiu um parecer sobre o uso de nutrição e hidratação artificiais no doente terminal. Para esta associação a redução de apetite é vista como um acontecimento normal no processo de morrer. Contudo faz uma distinção entre alimentação dita “normal “ (pela boca) e a nutrição artificial. Os Enfermeiros não se devem sentir obrigados a utilizarem medidas extraordinárias, como por exemplo em situações em que o uso de nutrição ou hidratação não vão trazer benefícios ao doente ou são inapropriadas. No momento em que a nutrição ou hidratação são suspensas o Enfermeiro não se deve esquecer do seu principal papel: minimizar o desconforto e promover a dignidade do doente, e apoiar a família (Smith & Andrews, 2000).

De acordo com um estudo realizado por Solomon *et al.* (1993), 59% dos Enfermeiros são da opinião que as decisões relativas à hidratação e nutrição artificial são da exclusiva responsabilidade dos médicos; apenas 29% dos Enfermeiros responderam que deveria ser uma decisão conjunta.

Wurzbach (1995) realizou um estudo em que analisou a convicção moral dos Enfermeiros, que trabalhavam em unidades de cuidados de longa duração. Dos resultados obtidos destacamos que 84% dos Enfermeiros responderam que a nutrição e

hidratação artificiais nem sempre eram utilizadas no melhor interesse dos pacientes, internados nos lares onde trabalhavam. Sessenta e quatro por cento dos Enfermeiros respondeu que consideravam ser um dilema a suspensão ou não início de nutrição artificiais em pacientes idosos e em final de vida.

Num outro estudo, bastante semelhante ao de Zanetti *et al.* (1996), com doentes com demência avançada, a maioria dos Enfermeiros respondeu que a alimentação por sonda nasogástrica proporcionava a estes doentes um aumento do tempo de vida (Lopez, Amella, Mitchell & Strumpf, 2010). Estes autores também referem que os Enfermeiros sobrestimavam os benefícios e subestimavam os malefícios do uso de sonda nestes doentes. Por outro lado, não baseavam a sua decisão na evidência, apenas na sua experiência profissional. Para a maioria dos Enfermeiros o uso de sonda nasogástrica contribuía para melhorar o estado nutricional dos doentes. No entanto, nenhum deles é da opinião que o uso de sonda nasogástrica traga melhorias a nível da qualidade de vida e na diminuição da pneumonia de aspiração (Lopez *et al.*, 2010).

Um terceiro e importante argumento é que os Enfermeiros devem providenciar conforto e cuidados que permitam que o doente tenha uma morte digna. Suspender a alimentação e a hidratação propositadamente não é visto como um comportamento ético e nem como proporcionar uma morte santa e digna (Bryon *et al.*, 2008).

O suporte nutricional tem sido encarado como um tratamento médico que os doentes e os seus familiares podem aceitar ou recusar, com base no potencial benefício, nos riscos inerentes ao tratamento, no desconforto que pode causar ao doente e na crença religiosa e cultural (Casarett, Kapo & Caplan, 2005).

70% dos Enfermeiros inquiridos discorda que continuar a alimentar um doente terminal prolonga a sua sobrevivência, o que vai de encontro à ideia defendida por Winter (2000). De acordo com este autor, não há nenhuma evidência científica que justifique que o suporte nutricional prolongue a vida ou diminua a morbilidade em doentes com cancro, sépsis, ou doença cardíaca ou respiratória avançada. Embora não haja evidência experimental direta, parece razoável inferir que o suporte nutricional também não consegue modificar a progressão da doença em doentes terminais. O suporte nutricional também tem um grande potencial para o mal de complicações locais e sistémicas de dispositivos de acesso e do processo de alimentação (Winter, 2000).

Mais de 60% dos inquiridos concordam que por vezes os Enfermeiros continuam a alimentar o doente terminal para que a família não sofra. É bastante penoso para a família observar o seu familiar anorético, asténico, debilitado. O alimento significa muito mais do que nutrição, ele desempenha um papel importante na manutenção da esperança (Cimino, 2003).

A família deve ser informada que o desinteresse pelos alimentos é uma consequência da doença e não uma causa da sua progressão e agravamento, explicando que, pelo contrário, é o agravamento que condiciona esta situação. É importante deixar claro que a tentativa de alimentar o doente em fase terminal que não colabora pode incorrer no risco de aspiração. É frequente o doente cerrar os dentes, tentando desta forma transmitir que não deseja ser alimentado (Neto, 2006).

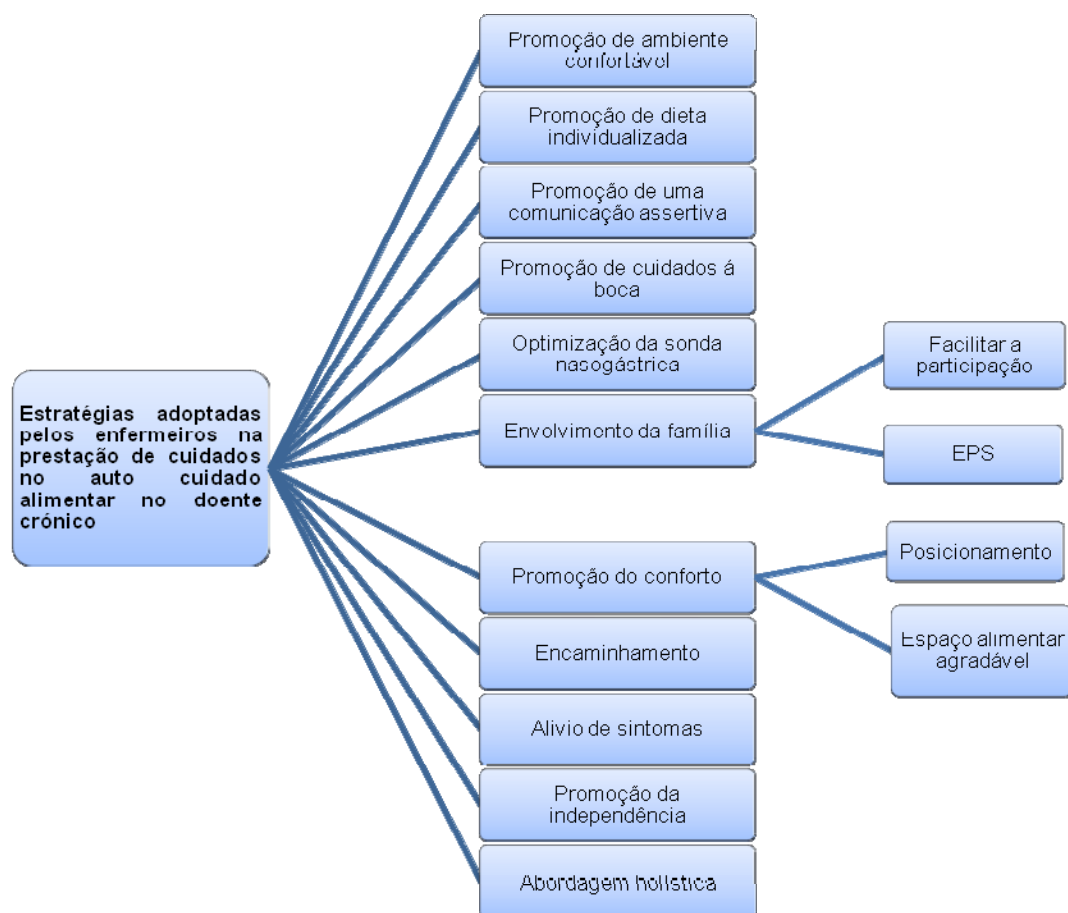
Deste modo, a família vai conseguir entender que forçar a ingestão de alimentos não vai alterar a progressão da doença, podendo até prejudicar o doente quando o reflexo de deglutição está ausente. Devemos consciencializar os familiares de que neste momento o objetivo central dos cuidados é a promoção do conforto e que eles podem assumir um importante papel colaborando com a equipa terapêutica na implementação de medidas como a hidratação da mucosa oral. Para além desta medida, é importante a manutenção de bons cuidados de higiene oral, colocação de pequenas lâminas de gelo na boca ou mesmo a pulverização da boca do doente com bebidas que sejam do seu agrado.

Sabemos que a questão da alimentação e hidratação artificial são questões muito delicadas, quer para a pessoa doente, mas muitas vezes para a própria família. Contudo, como afirma Gonçalves (2011), a desidratação pode ser vantajosa pois diminui os edemas, a ascite e os vômitos, as secreções pulmonares, a dor, entre outras vantagens. Esta é uma questão delicada com que os profissionais de saúde, e nomeadamente os enfermeiros, se debatem diariamente, contudo devem ter presente que quando uma intervenção é fútil não deve ficar associada a um menor investimento no doente. Sobretudo os profissionais de saúde devem ter bem presente que a morte é uma consequência da progressão da doença (Barbosa, 2010c).

1.3. Estratégias Adotadas Pelos Enfermeiros Na Prestação De Cuidados No Auto Cuidado Alimentar No Doente Crónico

Prestar cuidados de enfermagem no auto-cuidado alimentar exige que se identifique como fazem para reforçar e manter a qualidade de vida; restabelecer ou minimizar as limitações impostas pela doença e sobretudo ajudar no processo de adaptação à nova situação. Assim, no que se refere às estratégias adotadas pelos enfermeiros de um UCC na prestação de cuidados no auto cuidado alimentar ao doente crónico, são variadas, conforme evidencia as seguintes categorias: **promoção de ambiente confortável, promoção de dieta individualizada, promoção de uma comunicação assertiva, promoção de cuidados á boca, optimização da sonda nasogástrica, envolvimento da família, promoção do conforto, encaminhamento, alívio de sintomas, promoção da independência e abordagem holística** (figura nº 3).

Figura N.º 3 - Estratégias Adoptadas Pelos Enfermeiros Na Prestação De Cuidados No Auto Cuidado Alimentar No Doente Crónico



No que se refere à categoria da **Promoção de ambiente confortável**, esta é referida por 5 enfermeiros:

*“(…)Proporcionar um ambiente calmo (…)*E2

*”(…)Tentar encontrar o ambiente adequado”(…)*E4

*(…) Ambiente calmo e tranquilo(…)*E7

*”(…)Proporcionar um ambiente calmo e agradável à refeição”(…)*E13

*”(…) Proporcionar ambiente calmo e tranquilo”(…)*E14

Relativamente à categoria **Promoção de dieta individualizada**, esta foi mencionada por 4 enfermeiros:

*(…) Ajuste da consistência da dieta, a quantidade tolerada pelo utente (…)*E2

*”(…)Tentar encontrar a alimentação adequado”(…)*E4; E11

*”(…)dieta de acordo com as limitações do indivíduo”(…)*E14

Foi referido por 3 enfermeiros, a categoria **Promoção de uma comunicação assertiva**, como aspecto relevante para ...:

*(…) Discurso calmo e incentivador para o doente (…)*E3

*”(…) Empatia com o utente, se este falar, manter uma comunicação verbal”(…)*E6; E14

Uma das categorias referida por 3 enfermeiros foi **Promoção de cuidados á boca**:

*(…) Lavagem cavidade oral(…)*E3

*(…) Lavagem da cavidade oral”(…)*E9

*(…) realizar higiene oral”(…)*E14

Outra das categorias inserida foi **Optimização da sonda nasogástrica**, referida por 2 enfermeiros:

*(…) Optimizar peg/sng(…)*E3; E10

Na categoria **Envolvimento da família**, estão inseridas duas subcategorias mencionadas pelos enfermeiros entrevistados: **facilitar a participação, EPS**.

A subcategoria **Facilitar a participação** é mencionada por 2 enfermeiros:

"(...) incentivar a participação da família no cuidado"(...)E4

(...) englobar a família/prestador de cuidados neste auto-cuidado"(...)E9

A **EPS**, é referida por 2 enfermeiros:

"(...) Treinar o prestador de cuidados sobre técnica de alimentação"(...)E8

"(...)Ensinar/instruir/treinar prestador de cuidados na técnica de alimentação"(...)E10

Relativamente à categoria **Promoção do conforto**, emergiram duas subcategorias: **posicionamento e espaço alimentar agradável**.

Em relação à subcategoria **Posicionamento**, esta foi mencionada por 2 enfermeiros:

"(...) posicionamento adequado do doente"(...)E7; E10

Respeitante à subcategoria **Espaço alimentar agradável**, esta foi relatada por 2 enfermeiros:

"(...) manter o espaço e utensílio simples e a refeição visivelmente agradável"(...)E13

"(...)apresentação da refeição seja visualmente agradável"(...)E14

Outra das categorias, é o **Encaminhamento** referido por 1 enfermeiro:

"(...)Encaminhar para nutricionista quando necessário"(...)E10

No que se refere à categoria, **Alívio de sintomas** um dos enfermeiros referiram-no:

" (...) Tentar atenuar em contacto com a equipa multidisciplinar sintomas como náuseas, vómitos, e mesmo alterações na deglutição e mastigação"(...) E11

Promoção da independência, foi uma das categorias também referenciada por 2 enfermeiros:

" (...) Incentivar/promover a independência do doente"(...) E11

" (...) estimular o utente a alimentar-se sozinho"(...) E14

Por último, a **Abordagem holística**, foi outra das categorias referida por 1 enfermeiro:

" (...) Abordar o utente de forma holística"(...) E12

Quadro n.º 4 – Estratégias Adoptadas Pelos Enfermeiros Na Prestação De Cuidados No Auto Cuidado Alimentar No Doente Crónico

ENTREVISTADOS	ESTRATÉGIAS ADOPTADAS PELOS ENFERMEIROS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NO AUTO CUIDADO ALIMENTAR NO DOENTE CRÔNICO												
	Promoção de ambiente confortável	Promoção de dieta individualizada	Promoção de uma comunicação assertiva	Promoção de cuidados à boca	Optimização da sonda nasogástrica	Envolvimento da família		Promoção do conforto		Encaminhamento	Alívio de sintomas	Promoção da independência	Abordagem holística
						Facilitar a participação	EPS	Posicionamento	Espaço alimentar agradável				
E 1													
E 2	X	X											
E 3			X	X	X								
E 4	X	X				X							
E 5													
E 6			X										
E 7	X							X					
E 8							X						
E 9				X		X							
E 10					X		X	X		X			
E 11		X									X	X	
E 12													X

As estratégias mobilizadas pelos enfermeiros conforme indica os achados são variadas. Deste modo não existe uma estratégia única que produza resultados eficazes para todos os doentes, mas um conjunto de estratégias que os enfermeiros têm que recorrer para produzir alguns ganhos em saúde, atendendo á individualidade de cada pessoa que se encontra doente.

A **Promoção de ambiente confortável** é um achado que evidencia que os enfermeiros procuram criar um ambiente que proporcione ao doente com alterações no auto-cuidado alimentar, serenidade facilitando conforme refere Hesbeen (2000) "*um encontro entre uma pessoa que é cuidada e pessoas que cuidam*"

A **promoção de dieta individualizada** é uma das preocupações dos enfermeiros do nosso estudo, evidenciando que estes atribuem à alimentação um novo significado pelas necessidades impostas pela situação de doença.

Tal como refere Hugdes e Neal (2000) "ofertar e receber alimentos pode ser um acto simbólico de relacionamento, entre o dar e o receber, que estreita os laços.

Refere também Collière (2003) que alimentar representa "o primeiro cuidado". Nesta medida ao proporcionar uma dieta individualizada estamos a proporcionar conforto e a manter a qualidade de vida.

Os **cuidados à boca** é defendido pelos enfermeiros como uma estratégia utilizada na prestação de cuidados, o que revela que os enfermeiros entendem que estes cuidados são fundamentais para a promoção de conforto.

Salienta Roing *et.al* (2007) que a boca é um importante e complexo órgão do corpo, com definição fisiológico e psicológico, possibilitando a interação entre o seu mundo interior e exterior.

Também Honn Or; Lawa (2002) salientam que realizar cuidados à boca é fundamental para manter a qualidade de vida das pessoas doentes, influenciando o seu conforto, bem-estar, auto-estima e imagem corporal, sendo também importante para a manutenção do estado nutricional.

A **otimização da sonda nasogástrica** é um foco dos enfermeiros, levando-nos a inferir que os enfermeiros procuram minimizar o desconforto. Esta otimização da sonda para além de ter como objetivo a ingestão de alimentos ou nutrientes com o propósito de nutrir, também adquire uma dimensão afetiva e social.

Constatamos no nosso cotidiano profissional que o uso de sonda é olhado como não desejado, provocando stress para o doente e família. Para além destes efeitos existe uma desvinculação social e uma enorme carga afetiva. Salienta Allari (2004) que os doentes receiam de não poderem voltar a comer.

Verificamos através dos achados que os enfermeiros participantes do nosso estudo mobilizam a estratégia de **promoção de uma comunicação assertiva no** auto-cuidado alimentar, com o propósito de preservar o equilíbrio físico e emocional, ajudando a enfrentar este processo de doença. Refere Jean Watson (2002), na sua teoria do cuidado humano, que no encontro entre o cuidador e o doente se dá maior ênfase à relação transpessoal do cuidado de enfermagem.

Também Silva (2005) refere que saber comunicar vai muito para além do meramente verbal, a comunicação cinésica (linguagem do corpo), deve ser tido em conta pelos enfermeiros.

O **envolvimento da família** é uma das preocupações dos enfermeiros. Salienta Wright e Leahey (2009:1), que “ As enfermeiras têm o compromisso, bem como a obrigação ética e moral, de incluir as famílias nos cuidados de saúde”.

Salientamos ainda, que o envolvimento da família e a sua inclusão como foco de cuidados de enfermagem enquadra-se na Saúde 21 (OMS,2009).

Mas para além de envolver a família esta também precisa de ser apoiada, tal como afirma Hennezel (2000:49) “não se acompanha apenas uma pessoa, acompanha-se uma pessoa e o seu ambiente, a sua família, os seus amigos, porque um tal acontecimento transforma toda a gente, e não só aquela ou aquele que vai morrer”.

No que se refere à **promoção de conforto** evidenciado pelos achados, vem ao encontro do que refere Tutton & Seers (2004), “*O conforto está na essência dos cuidados de enfermagem.*”

De acordo com a CIPE Versão 1.0 e 2.0, o conforto corresponde a uma "sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal" (2010:45). Desta forma o conforto é uma meta dos cuidados de enfermagem, sendo um elemento central para a enfermagem.

Kolcaba (2003) afirma que o conforto assume um papel relevante nos cuidados de enfermagem e resulta da satisfação das necessidades da pessoa como um todo.

No estudo realizado por Martins (2010), verifica-se que o conceito de conforto para os enfermeiros é uma intervenção de ordem física que tem como objetivo eliminar a dor e

o desconforto, proporcionando algum bem-estar. As estratégias de conforto de ordem física desenvolvidas pelos enfermeiros participantes do estudo são: utilização de analgesia, utilização de técnicas não convencionais (massagem, música, aromaterapia, cuidados de higiene, hidratação da pele e posicionamentos).

Parece poder afirmar que os enfermeiros do nosso estudo procuram o bem-estar, o conforto, a qualidade de vida.

Aliviar sintomas, promover a independência e abordar de uma forma **holística** são estratégias fundamentais que os enfermeiros do estudo mobilizam como garante da dignidade de quem experiencia este processo de doença.

Promover a independência no auto cuidado alimentar é fundamental para a maximização do bem-estar. Petronilho (2012), refere que o auto-cuidado é um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, com tradução positiva na promoção da saúde e no bem-estar através do aumento de conhecimentos da pessoa e habilidades.

Aliviar sintomas implica o envolvimento de uma equipa interdisciplinar, exigindo uma avaliação sistemática, monitorização e uma prescrição cuidadosa. Assim sendo, o controlo de sintomas exige cuidados de enfermagem com qualidade e segundo Twycross (2003:16) “os sintomas encontram-se encobertos com tratamentos cuja finalidade primária ou exclusiva consiste em promover o conforto do paciente”

Salientamos que a avaliação dos sintomas é fundamental para promover o auto-cuidado alimentar. Refere também Twycross (2003:79) que “A avaliação baseia-se na probabilidade e em padrões de reconhecimento”, e o profissional de saúde deverá questionar com alguma regularidade o doente, ...“em vez de confiar nos relatos espontâneos” (idem), porque o doente pode omitir, ou desvalorizar certos sintomas relevantes como ...“ boca seca, alterações do paladar, anorexia, prurido e insónia”. Assim será importante a implementação de protocolos tal como defendem Capelas e Neto (2010:795) ao sustentarem que ... “a implementação de protocolos de abordagem sintomática ou de outros problemas prevalentes neste tipo de doentes, o registo de todo o processo de avaliação das necessidades, sintomas e monitorização da evolução, nomeadamente instrumentos de avaliação e registo tipo ESAS” são medidas que deverão ser institucionalizadas de maneira a fomentar ações paliativas.

Abordar de uma forma holística e o encaminhamento são achados encontrados no nosso estudo, no sentido de garantir a qualidade assistencial. **Abordar de forma**

holística foi apenas mencionado por um participante o que nos leva a dizer tal como salienta Mezzomo *et al* (2003) “ *o hospital deve ter um ambiente onde o coração tenha vez e os clamores do espírito sejam ouvidos*”

Em síntese para garantir a qualidade no auto-cuidado alimentar os enfermeiros devem atender à individualização, ao trabalho em equipa interdisciplinar definição de objetivos terapêuticos e a comunicação como elemento fundamental para um processo de interação.

Os enfermeiros, enquanto prestadores de cuidados de saúde, encontram-se numa posição única para avaliar, diagnosticar, intervir e avaliar resultados nas questões relacionadas com a adesão. A prática holística da Enfermagem inclui: avaliar o risco de não-adesão (incluindo aspetos físicos, mentais, comportamentais, sócio-culturais, ambientais e espirituais); identificar os diagnósticos e motivos para a não-adesão; proporcionar intervenções apropriadas, adaptadas para o cliente, com base na avaliação; e avaliar a adesão ao tratamento.

Os enfermeiros, em colaboração com outros prestadores de cuidados de saúde, desempenham um papel importante na otimização da adesão ao tratamento ao nível do indivíduo, da família, da comunidade e do sistema de saúde. (CIPE,2009)

É muito importante educar os doentes acerca das suas doenças crónicas, benefícios do tratamento e complicações associadas à não-adesão. A educação é necessária para a auto-gestão, uma vez que a maioria dos cuidados prestados para doenças crónicas exigem que os doentes estejam envolvidos no seu próprio auto-cuidado.

A educação é uma estratégia importante para melhorar a adesão, mas os doentes não precisam só de ser informados mas também de ser motivados e encorajados a aderir ao tratamento e aos objetivos relacionados com o estilo de vida.

É necessária uma abordagem multidisciplinar para tratar as doenças crónicas e melhorar a adesão. A família, a comunidade e as organizações de doentes são parceiros-chave na promoção da adesão. Precisam de ser envolvidos de forma ativa no plano de cuidados e nos resultados esperados dos cuidados. (CIPE,2009)

1.4. Dificuldades Dos Enfermeiros Na Prestação De Cuidados No Auto Cuidado Alimentar No Doente Crónico

As alterações ao nível da alimentação são encontradas no dia-a-dia dos enfermeiros, gerando dificuldades e incertezas.

Após o tratamento dos dados das entrevistas realizadas aos enfermeiros, emergiram as seguintes categorias: **enfrentar a perda de apetite, enfrentar a não-aceitação da família, enfrentar o estado de caquexia, aplicar medidas invasivas, individualizar dieta, enfrentar a indisponibilidade das famílias, enfrentar a exteriorização da sonda nasogástrica, enfrentar vômitos incoercíveis, enfrentar doentes com disfagia, tomada de decisão, ensinar o doente e família** (figura n.4)

Figura N.º 4 - Dificuldades Dos Enfermeiros Na Prestação De Cuidados No Auto Cuidado Alimentar No Doente Crónico



A categoria **Enfrentar a perda de apetite**, foi referida 4 enfermeiros:

“ Diminuição do apetite do utente (...)E2

(...) Recusa alimentar por parte do doente (...)E3

(...) recusa alimentar/apetite diminuído(...)E4

(...)Quando o doente recusa varias vezes as refeições, manifestando astenia(...)E6; E10

Em relação à categoria **Enfrentar a não-aceitação da família**, foi mencionada por 1 enfermeiro:

(...)”Resistência da família/cuidador da aceitação da consistência da dieta e administração da mesma (ex. alimentação sng) (...)E2

Outra das dificuldades referidas, neste caso por 1 dos entrevistados refere-se a **Enfrentar o estado de caquexia**, nestas situações:

(...) Desenvolvimento do estado de caquexia (...)E2

A categoria **Aplicar medidas invasivas**, surge como uma da dificuldade apontada por 2 dos inquiridos:

(...) Dificuldade na entubação (...)E3; E10

Outra das categorias que surgiu **foi Individualizar dieta**, referida por 1 dos enfermeiros:

(...) Adequar o tipo de alimentação necessários para cada indivíduo (...)E7

Em relação à categoria **Enfrentar a indisponibilidade das famílias**, foi mencionada por 2 enfermeiros:

(...) Envolvimento da família, por vezes não se encontra disponível para participar nos cuidados, muitas vezes sabemos que é por falta de informação e formação e até mesmo motivação (...)E7; E10

No que respeita à categoria **Enfrentar a exteriorização da sonda nasogástrica**, esta foi mencionada por 1 dos participantes no estudo:

(...) Doentes em que SNG se exterioriza facilmente devido ao reflexo de tosse ou vômito(...)E8

Em relação à **Enfrentar vômitos incoercíveis**, houve 1 dos enfermeiros entrevistados a referir como uma das dificuldades:

(...) Quando apresenta m vomito de difícil controle (...) E9

Em relação à categoria **Enfrentar doentes com disfagia**, foi referenciado por 1 enfermeiro:

(...) Doentes com disfagia, dificuldades em mastigar devido a parésia facial (...)E14

Tomada de decisão, foi outra das categorias distinguida por 2 dos enfermeiros:

(...) Escolha da dieta adequada escolher ao mesmo tempo dieta direccionada para manter níveis hidro-electrolíticos adequados e que ao mesmo tempo agrada ao doente (...)E11

(...) Encontrar sempre as estratégias mais adequadas ao individuo e à situação de doença, uma vez que cada pessoa é diferente e com necessidades diferentes (...)E13

A última dificuldade que surgiu no âmbito destas entrevistas foi **Ensinar o doente e família**, neste caso por 1 dos participantes:

Dificuldade em educar o doente e família para uma alimentação saudável e que vá ao encontro das necessidades da patologia que apresenta, visto muitos utentes após os ensinamentos...não cumprirem o que lhes foi transmitido (...) E12

ENTREVISTADOS	DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NO AUTO CUIDADO ALIMENTAR NO DOENTE CRÔNICO										
	Enfrentar a perda de apetite	Enfrentar a não aceitação da família	Enfrentar o estado de caquexia	Aplicar medidas invasivas	Individualizar dieta	Enfrentar a indisponibilidade das famílias	Enfrentar a exteriorização da sonda nasogástrica	Enfrentar vômitos incoercíveis	Enfrentar doentes com disfagia	Toma da decisão	Ensinar o doente e família
E 1											
E 2	x	x	x								
E 3	x			x							
E 4	x										
E 5											
E 6	x										
E 7					x	x					
E 8							x				
E 9								x			
E 10	x			x		x					
E1 1										x	
E1 2											x
E1 3										x	

Os resultados deste estudo mostraram que **enfrentar a perda de apetite** torna-se num problema para o enfermeiro pelo novo significado que adquire. Salieta que a anorexia induz grande sofrimento a quem cuida e gera frequentemente sentimento de impotência. (Corner, 2004: 248)

Vários estudos, como o de Strasser *et al.*, (2007) evidenciam que a perda peso e a perda de apetite têm sido identificadas como mais problemáticas para o cuidador do que para a pessoa doente.

Enfrentar a não-aceitação da família e a sua Indisponibilidade é difícil para os enfermeiro, na medida em que estes tal como demonstra os estudos de Souter, (2005); Hopkinson *et al.*, (2006), Shragge *et al.*, (2006), têm sentimentos de ansiedade, frustração, incompetência, rejeição, falta de esperança, quando têm insucesso na alimentação.

Podemos também verificar que a **indisponibilidade** da família embora seja difícil para o enfermeiro, ele salienta que esta indisponibilidade está relacionada com a falta de informação e formação e até mesmo com a motivação.

Quando se exige ao familiar cuidador para cuidar do seu familiar, não nos podemos esquecer que também ele se encontra num processo de desenvolvimento pessoal a tentar lidar com o seu sofrimento de perda da pessoa que ama. (Payne *et al.*, 1999).

Assim, a família necessita de ser cuidada, e para tal os enfermeiros tem que transmitir segurança.

Diogo (2000) refere que «uma vida em que os desafios colocados à família sejam superiores às capacidades pessoais será sem dúvida uma enorme fonte de angústia e frustrações. Para tal, será «muito importante que os esforços da sociedade e da equipa de saúde que os deve acompanhar de modo permanente e continuado se coadunem à progressiva resposta que a família irá descobrindo em si própria» (Diogo, 2000:182).

Também surge desconforto para os enfermeiros quando os familiares e/ou cuidadores insistem para que os doentes se alimentem, na esperança de melhorar o seu estado de saúde, e possivelmente tentar mantê-los por mais tempo na sua companhia. De acordo com Benarroz, Faillace & Barbosa (2009), certos doentes podem sofrer com alimentação oral (desconforto abdominal e náuseas), a qual mantêm para tranquilizar ou agradar aos seus familiares.

Assim, também é difícil para os enfermeiros **Ensinar o doente e família**, faça parte das suas competências o que é certo é que não é fácil para os enfermeiros, na medida em que esta deve ser focada como um todo, dado ao carácter único e singular dos seus elementos e das suas interações (Wright et Leahey, 2002; Relvas, 2003; Alarcão, 2002).

Assim, exige "uma abordagem centrada na preparação dos familiares para o desempenho do papel dos cuidadores, através da aquisição de um conjunto de recursos, nomeadamente, conhecimentos, habilidades e outros tipos de suporte (económico, emocional, social) " (Petronilho, 2007 conforme citado em Monterio, 2010:138)

O Decreto-lei nº101/2006 de 6 de Junho, refere que um dos objetivos da RNCCI é o apoio aos familiares ou prestadores informais na respetiva qualificação da família e facilitar a sua participação e co-responsabilização na prestação de cuidados.

Assim, quando os enfermeiros valorizam a aprendizagem da família, nomeadamente do cuidador principal, com o objetivo de garantir a qualidade dos cuidados prestados no domicílio (Castro, 2009), embora seja difícil, contribuem para que esta esteja preparada para assumir uma nova responsabilidade, a de cuidar do seu familiar. Ao cuidar do seu familiar doente a coesão entre os seus membros está sendo assegurada. Também Phaneuf (2001:403) refere que *“O ensino à pessoa não é uma livre escolha da enfermeira, mas antes uma obrigação profissional ligada à qualidade e à responsabilidade de cuidados”*. Enuncia ainda, uma *série de princípios* no processo de ensino, tais como:

- Estimular a pessoa a cooperar no planeamento dos objetivos, nos horários a implementar.
- Utilizar formas de efetuar o ensino através de: exemplos, comparações, esquemas desenhos e metáforas. Ir ao encontro do estilo de aprendizagem da pessoa;
- A linguagem a utilizar deve ser simples e adequada à pessoa;
- Dividir o ensino em parcelas para promover a aprendizagem.

Deste modo, é fundamental atender às capacidades da pessoa.

Enfrentar o estado de caquexia é outra das dificuldades encontradas. Partindo do conceito de Bruera (1992) a síndrome anorexia caquexia é caracterizada por perda de apetite, perda generalizada de tecido gordo, atrofia muscular, alterações imunológicas e uma variedade de alterações metabólicas, justificando deste modo a dificuldade apresentada pelos enfermeiros.

Aplicar medidas invasivas para promover a alimentação coloca aos enfermeiros alguns dilemas indo ao encontro do estudo de Wurzbach (1995) que tinha como objetivo analisar a convicção moral dos Enfermeiros acerca da nutrição e hidratação artificial em unidades de cuidados de longa duração, verificando que 84% dos Enfermeiros entendiam que a nutrição e a hidratação artificial nem sempre eram utilizadas no melhor interesse dos pacientes, internados nos lares onde trabalhavam. Verificou ainda, que 64% dos Enfermeiros consideravam ser um dilema a suspensão ou não administrar nutrição artificial em pacientes idosos e em final de vida.

Num estudo realizado por Rurup, Onwuteaka-Philipsen, Pasman, Ribbe & van der Wal (2006), questionados os Enfermeiros relativamente à sua opinião sobre a alimentação de doentes com demência avançada, verificando-se que 62% concorda que a

vontade do doente com demência em estadio terminal deve ser sempre respeitada. 92% discorda que a suspensão da alimentação e/ou hidratação artificiais seja uma prática negligente. 57% dos Enfermeiros concorda que a suspensão da alimentação e/ou hidratação artificiais em doentes com demência avançada é quase sempre seguida de uma morte, embora se identifiquem 24% sem opinião.

O estudo realizado por Solomon *et al.* (1993), verificou que mais de metade dos Enfermeiros mostrava preocupação pelo uso inapropriado de nutrição e hidratação artificial no doente terminal. Para Wurzbach (1996) 16% dos Enfermeiros não tinha opinião sobre esta questão. Apenas uma minoria dos Enfermeiros acredita que suspender a alimentação do doente é sinónimo de estar a matar o doente (à fome) (Solomon *et al.*, 1993).

Individualizar dieta é outra das dificuldades que poderá estar relacionado **com o modelo de cuidados orientado para a vertente biológica em que a abordagem não é** diferenciada para descobrir quais as implicações e impacto social, emocional, físico e espiritual que a dieta pode ter.

Enfrentar a exteriorização da sonda nasogástrica; Enfrentar vômitos incoercíveis; Enfrentar doentes com disfagia é uma realidade difícil pela constatação da pouca qualidade de vida que acarreta. Assim sendo, e apesar de ser difícil, é necessário que se criem condições para o desenvolvimento de intervenções preventivas no âmbito dos cuidados de saúde primários.

O confronto com a disfagia suscita alguns problemas, porque geralmente está associada ao conceito de morte.

O estudo de Ganzin (2003) procurando conhecer a opinião dos enfermeiros relativo ao significado que atribuíam ao doente parar de comer e beber verificaram que para estes enfermeiros significava que os doentes estavam prontos para morrer, não encontravam um sentido para a sua existência e consideravam a sua qualidade de vida baixa. O estudo mostra ainda, que 85% dos doentes morreu dentro de 15 dias após ter parado de comer ou beber. A maioria dos Enfermeiros considera que estes doentes tiveram uma morte serena e sem sofrimento.

A **Tomada de decisão** perante um doente com dificuldades no auto cuidado alimentar coloca o Enfermeiro perante decisões éticas bastante complexas e difíceis (Pasman, Onwuteaka-Philipsen, Ribbe & van der Wal, 2004).

Consideramos de difícil complexidade na medida em que a alimentação do doente deve propiciar prazer, conforto emocional, diminuição da ansiedade e aumento da

auto-estima, além de permitir maior integração e comunicação com os seus familiares (Santos, 2011). Ainda, de acordo com este autor, o alimento é mais do que uma fonte de nutrição. No decurso da vida da pessoa ela adquire dimensões afetivas, emocionais, sociais e condicionais, tornando-se portanto, parte integrante do indivíduo (Allari, 2004). Não administrar algum alimento pode constituir para o enfermeiro dilemas na medida em que pode pensar que não está a contribuir para o conforto e prazer do doente.

Carvalhais e Sousa (2011:80), referem num estudo realizado pelos mesmos que os participantes enfermeiros alegam que o cuidado real a doentes idosos é aquele “prestado no limite”, traduzindo-se em quartos sobrelotados, excesso de doentes por enfermeiros, excesso de medicação e falta de apoio dos familiares.

A importância da alimentação não diminui com a progressão da doença, mas numa fase mais avançada, a sua ausência é mais valorizada pelo familiar cuidador do que a sua presença. Os familiares manifestam níveis de ansiedade relacionados com este sintoma mais elevados do que os da própria pessoa doente. Os esforços para alimentar e travar a morte difundem-se numa diversidade de estratégias que nem sempre são as mais benéficas (Berger *et al.*, 2006).

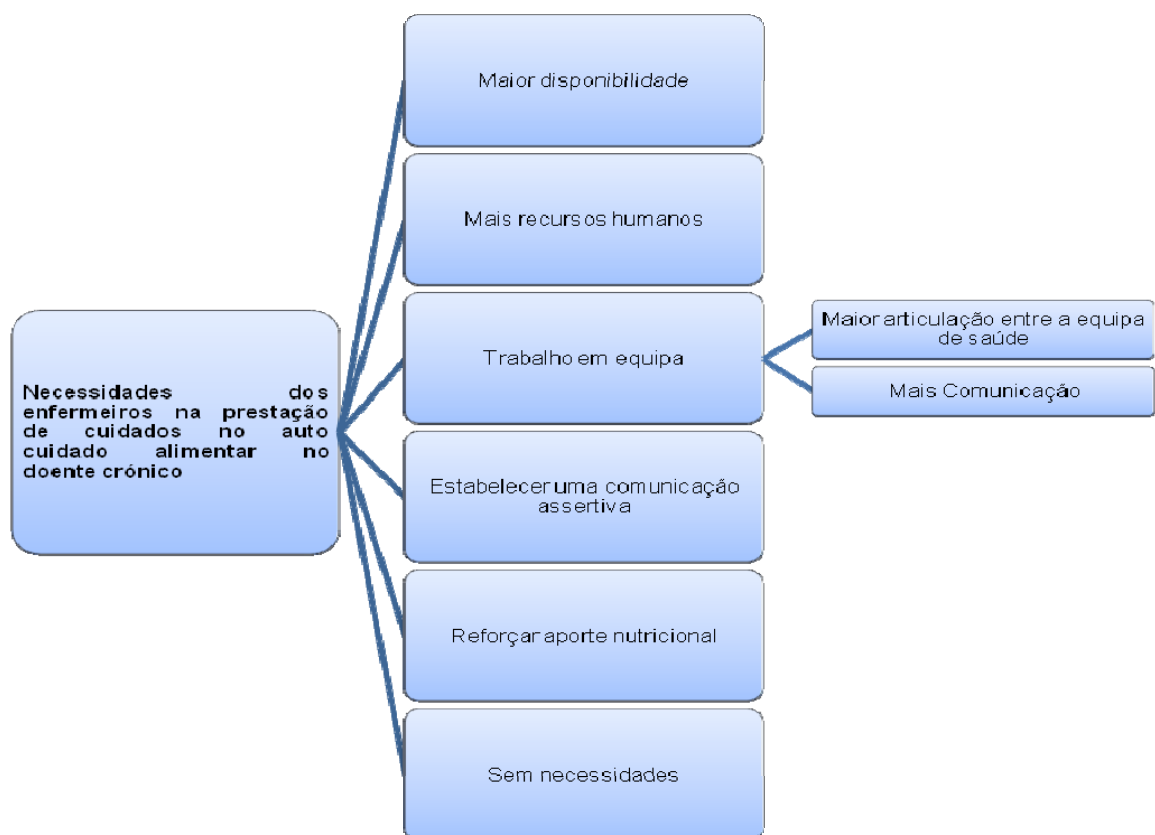
Quando a alimentação oral do doente não é suficiente, a equipa de saúde tem de decidir, juntamente com a família e o doente, qual a melhor opção a tomar: continuar a alimentar oralmente o doente, mesmo que esta seja insuficiente, ou colocar uma sonda para colmatar as necessidades nutricionais, optando assim pela utilização de nutrição entérica, ou utilizar nutrição parentérica. Estas decisões não são nada fáceis de tomar e muito menos decisões consensuais, e mais ainda em doentes terminais: cada caso é um caso (Santos, 2011).

As decisões relativas à utilização de nutrição e hidratação podem ser mais difíceis para algumas famílias do que a utilização de um ventilador ou reanimação cardiopulmonar. Para as famílias um doente sob nutrição artificial pode estar a passar fome porque não o vêem a comer. Os potenciais malefícios da utilização de nutrição artificial (como a uso de restrição de movimentos, a imobilidade e uma diminuição do contato social) não são muitas vezes tidos em consideração. Nem sempre é fácil dar informação sobre esta matéria ao doente e à sua família, uma vez que praticamente não existem dados científicos, que ajudem as equipas de saúde a decidir sobre os benefícios/malefícios da utilização ou não utilização de nutrição artificial em determinado caso (Berger *et al.*, 2006).

1.5. Necessidades Dos Enfermeiros Na Prestação De Cuidados No Auto Cuidado Alimentar No Doente Crónico

No que se refere às necessidades dos enfermeiros, emergiram as categorias: **maior disponibilidade, mais recursos humanos, trabalho em equipa, estabelecer uma comunicação assertiva, reforçar aporte nutricional e sem necessidades.** (figura n.5)

Figura N.º 5 - Necessidades Dos Enfermeiros Na Prestação De Cuidados No Auto Cuidado Alimentar No Doente Crónico



Maior disponibilidade é uma das categorias que surge, que é referido por 2 enfermeiros:

“Ter disponibilidade para administração da dieta (...) E2

(...) Tempo e disponibilidade para a alimentação (...)E3

Relativamente à categoria **Mais recursos humanos**, esta é referida por 2 enfermeiros:

(...) recursos necessários (...) E2

(...) nutricionista (...) E8

Na categoria **Trabalho em equipa**, estão inseridas duas subcategorias mencionadas pelos enfermeiros entrevistados: ***Maior articulação entre a equipa de saúde e Mais Comunicação***

A subcategoria ***Maior articulação entre a equipa de saúde*** é mencionada por 3 enfermeiros entrevistados:

(...) mais (...) articular entre a equipa as melhores condições para o utente (...) E4

(...) escolha de estratégias juntamente com equipa multidisciplinar(...) E11

(...) trabalhar numa equipa multidisciplinar (nutricionista, medico, terapeuta da fala (...))E12

Mais Comunicação é referida por três enfermeiros:

(...) Necessidade de comunicar com os outros profissionais, nomeadamente nutricionista(...) E7; E14

(...) há necessidade de partilhar opiniões, métodos ou técnicas com outros profissionais da equipa multidisciplinar, como medico ou nutricionista(...)E13

No que se refere à categoria **Estabelecer uma comunicação assertiva**, esta foi referida por 1 enfermeiro:

(...) Estabelecer uma boa comunicação seja verbal ou não verbal com o utente, mesmo que seja um simples toque(...) E6

Reforçar aporte nutricional, foi mencionado por 1 enfermeiro:

(...) Reforço do aporte nutricional (...) E9

Por último, a categoria **Sem necessidades** foi referido por 1 enfermeiro:

(...) Actualmente não encontro necessidades, visto que a ucc tem nutricionista em tempo parcial. Podendo colaborar com a equipa de enfermagem com a medica. Na minha opinião esta era a necessidade maior, no entanto este obstáculo foi colmatado (...) E10

Quadro n.º 6 – Necessidades Dos Enfermeiros Na Prestação De Cuidados No Auto Cuidado Alimentar No Doente Crónico

ENTREVISTADOS	NECESSIDADES DOS ENFERMEIROS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NO AUTO CUIDADO ALIMENTAR NO DOENTE CRÓNICO						
	Maior disponibilidade	Mais recursos humanos	Trabalho em equipa		Estabelecer uma comunicação assertiva	Reforçar aporte nutricional	Sem necessidades
			Maior articulação entre a equipa de saúde	Mais Comunicação			
E 1							
E 2	X	x					
E 3	x						
E 4			X				
E 5							
E 6					x		
E 7				x			
E 8		X					
E 9						X	
E 10							x
E11			X				
E12			X				
E13				X			
E14				x			

Existe conforme evidência os achados do nosso estudo uma multiplicidades de necessidades que os enfermeiros experienciam quando enfrentam o doente crónico com défice no auto-cuidado alimentar.

Maior disponibilidade, mais recursos humanos, trabalho em equipa, estabelecer uma comunicação assertiva, reforçar aporte nutricional, são necessidades que os enfermeiros mencionam como primordiais para atingir níveis mais elevados da

qualidade do desempenho profissional. Ter como foco a pessoa e a sua circunstância exige que o enfermeiro tenha disponibilidade, mais recursos humanos de forma a prestar cuidados individualizados de qualidade. Assim, um cuidar centrado na pessoa integra princípios tais como: tomada de decisão por um enfermeiro a vários doentes; - distribuição dos enfermeiros de acordo com as necessidades de cada doente; - ser o enfermeiro quem planeia e prevê cuidados; ser o centro da comunicação em relação aquele doente; papel do enfermeiro que valida a comunicação de líder e facilitador (Manthey citado por Wright, 1993)

Brito (2002) e Hanson (2005) referem que cuidar de um doente com dependência acarreta consequências, ou seja, o cuidar pode refletir-se ao nível do sistema imunitário, nas alterações de sono, no repouso e na fadiga crónica, como resultado do prolongado desgaste físico e psíquico.

No processo de cuidar o estabelecimento de uma comunicação assertiva para os enfermeiros é fundamental, na medida em que, tal como referem Moura, (2011); Silva, (2006); Phaneuf, (2005) a comunicação assume-se como a ferramenta terapêutica base para a instauração da relação de ajuda.

Por vezes esta comunicação assertiva não é possível efetuar quando os doentes se encontram com alterações do estado de consciência, o que dificulta a comunicação e a relação com o doente (Araújo e Silva, 2004).

A disponibilidade é outro dos aspetos focados, sendo essencial para um cuidar integral, que permita um relacionamento com empatia, delicadeza, respeito pela sua dignidade.

Mais recursos humanos para os enfermeiros é fundamental, para um cuidar multidimensional. Quando há défice, existe consequentemente uma sobrecarga de trabalho resultando conforme mencionam Nascimento e Trentini, (2004); Bettinelli, Waskiencicz e Erdmann, (2003); Villa e Rossi, (2002, impessoalidade, isolamento entre outros.

Maior articulação entre a equipa de saúde é considerada fundamental, pois tal como mencionam Yu e Chan, (2010); Sanches e Carvalho (2009); Hansen *et al*, (2009), a falta de diálogo e de uma definição conjunta de estratégias de ação, é um problema que existe no seio das equipas tendo repercussões na tomada decisão.

Em síntese, prestar cuidados de enfermagem especializados com eficácia implica uma clara identificação das suas próprias necessidades

As decisões relativas à utilização de nutrição e hidratação podem ser mais difíceis para algumas famílias do que a utilização de um ventilador ou reanimação

cardiopulmonar. Para as famílias um doente sob nutrição artificial pode estar a passar fome porque não o vêm a comer. Os potenciais malefícios da utilização de nutrição artificial (como a uso de restrição de movimentos, a imobilidade e uma diminuição do contato social) não são muitas vezes tidos em consideração. Nem sempre é fácil dar informação sobre esta matéria ao doente e à sua família, uma vez que praticamente não existem dados científicos, que ajudem as equipas de saúde a decidir sobre os benefícios/malefícios da utilização ou não utilização de nutrição artificial em determinado caso (Berger *et al*, 2006).

De acordo com Pasman *et al.* (2004), os Enfermeiros referem que é importante que o doente, a família, cuidadores informais, Enfermeiros, nutricionistas e outros profissionais de saúde sejam envolvidos no processo de tomada de decisão sobre continuar/suspender a alimentação do doente terminal. Para estes Enfermeiros as decisões relativas à alimentação do doente terminal são bastantes difíceis porque a alimentação é uma necessidade humana básica. Para estes autores os Enfermeiros devem fazer parte do processo de decisão uma vez que são os profissionais que se encontram mais próximos do doente (Pasman *et al.*, 2004).

De acordo com Río *et al.* (2011), vários estudos têm demonstrado que existe discrepância no que se refere à opinião da equipa de saúde, o que é a sua prática e o que está descrito na literatura científica.

É também, muitas vezes, relatado pela família angústia quando não são administrados alimentos ou líquidos ao seu familiar. A suspensão da alimentação no doente terminal é encarada pela família como sinal de abandono do seu familiar e sinal que o fim está próximo. A cessação de um tratamento num doente terminal é percebida pela família como fim da esperança que ainda havia na recuperação. Para Van Der Riet *et al.* (2008), o mais importante nestes casos deve ser a comunicação ativa com a família, com o intuito de esclarecer todas as dúvidas que possam existir e dissipar todos os mal entendidos.

A tomada de decisão sobre a suspensão de algumas medidas deve ser do conhecimento do doente e/ou família, pelo que a comunicação é uma competência profissional muito importante a desenvolver por todos os elementos da equipa (Ellershaw, Ward & Neuberger, 2003).

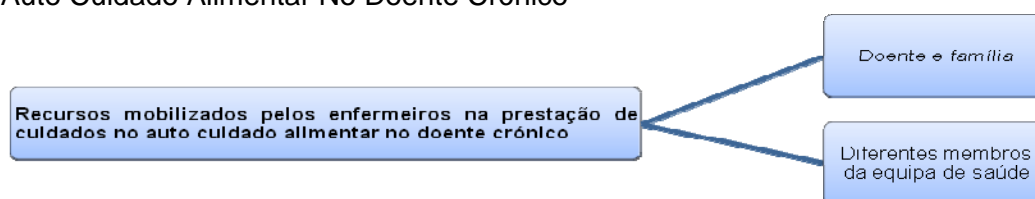
1.6.- Recursos Mobilizados Pelos Enfermeiros Na Prestação De Cuidados No Auto Cuidado Alimentar No Doente Crónico

O auto-cuidado alimentar assume de acordo com Orem (1993), uma função humana reguladora que as pessoas têm de cumprir por si próprios, ou que alguém a executa por eles, para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. É aprendido e executado deliberada e continuamente de acordo com as necessidades de cada pessoa.

Assim, a intervenção dos enfermeiros passa a ser uma exigência quando o doente apresenta défice a nível do auto-cuidado alimentar, como no caso do estudo presente.

Deste modo, quisemos identificar quais os recursos mobilizados pelos enfermeiros na prestação de cuidados neste auto cuidado, tendo emergido duas categorias: *Doente e família*; *diferentes membros da equipa de saúde* (figura n.º6)

Figura N.º 6 - Recursos Mobilizados Pelos Enfermeiros Na Prestação De Cuidados No Auto Cuidado Alimentar No Doente Crónico



No que se refere à categoria da **Doente e família**, esta foi referida por 11 enfermeiros:

- (...) O utente, o cuidador (...) E2
- (...) Utente e família/prestador de cuidado (...) E3
- (...) família (...) E4; E8; E10
- (...) A família, se estiver presente no momento(...) E6; E9
- (...) O doente, a família, (...) E7; E11; E12; E13

E ainda a categoria **Diferentes membros da equipa de saúde**, referida por 10 enfermeiros:

- " (...) Equipas das IPSS que fornecem a dieta (...) E2
- "Nutricionista (...) E4; E7; E13
- " (...) as auxiliares (...) E7; E8; E9; E10
- " (...) a medica(...) E7; E13
- "(...)Doente, família ou pessoa significativa e equipa multidisciplinar (nutricionista, fisiatras, medico, fisioterapeutas, ass. Social, auxiliares)E14

Quadro n.º 7 – Recursos Mobilizados Pelos Enfermeiros Na Prestação De Cuidados No Auto Cuidado Alimentar No Doente Crónico

ENTREVISTADOS	RECURSOS MOBILIZADOS PELOS ENFERMEIROS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NO AUTO CUIDADO ALIMENTAR NO DOENTE CRÓNICO	
	Doente e família	Diferentes membros da equipa de saúde
E 1		
E 2	X	X
E 3	X	
E 4	X	X
E 5		
E 6	X	
E 7	X	
E 8	X	X
E 9	X	X
E 10		X
E11	X	
E12	X	
E13	x	
E14		X

Verificamos que grande parte dos enfermeiros do nosso estudo recorre ao doente e família na sua prestação de cuidados. Este recurso mobilizado pelos enfermeiros é fundamental para o doente e família aceitarem a nova condição de vida. Meleis *et al.* (2007) referem que a comparação da vida anterior com a atual facilita a construção do sentir-se situado, em termos de tempo, de espaço, de relacionamentos e aceitação do estado de saúde.

É importante salientar que a dependência no auto-cuidado não se limita ao internamento hospitalar, o doente regressa a casa com dependência, daí ser necessário que o enfermeiro avalie o nível de dependência e envolva família e doente para o desenvolvimento de novas competências no auto cuidado alimentar.

Kralik & Van Loon (2010) mencionam que aprender a viver com uma doença crónica é um processo difícil, pois origina um revér de significados que atribuíam anteriormente ao processo de doença e a muitos aspetos da sua vida, que faça o luto das perdas e que integre na sua vida as estratégias terapêuticas necessárias.

Recorrer à família é também fundamental para o estabelecimento de uma relação empática. Salienta Neves (2007:175) que a equipa multidisciplinar deverá estabelecer uma relação empática, com o doente e família, de escuta ativa, que «favoreça a expressão dos seus medos e angústias, os ajude a criar ou a sedimentar canais de comunicação entre os diferentes membros, favorecendo a sua adaptação a este processo de doença».

Valente (2008) aponta que quando a família está esclarecida sobre o que irá acontecer, tudo caminha de forma mais harmónica, e o seu relacionamento com o paciente será mais seguro e menos angustiante.

As famílias, que aceitam naturalmente a evolução da doença do seu familiar, são mais capazes de colocar a sua energia, tempo e foco em outras atividades de prestação de cuidados. Estas famílias normalmente aceitam a redução progressiva de ingestão de alimentos, e percebem-no como parte integrante do processo de morte. No entanto, outras famílias vêem a falta de alimentação simultaneamente como uma causa e reflexo do declínio do estado de saúde do seu familiar (Río *et al.*, 2011).

O recurso a diferentes membros da equipa de saúde também foi mencionado por alguns enfermeiros. Isto reflete ser fundamental o envolvimento para ajustar o doente com o défice da auto-cuidado alimentar a uma nova forma de viver e de ser.

Englobarem, de acordo com o grau de dependência do utente, as seguintes formas de atuação: Encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro (REPE, 2006).

Para efeitos dos números anteriores e em conformidade com o diagnóstico de enfermagem, os enfermeiros, de acordo com as suas qualificações profissionais, decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem,

potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação ativa do indivíduo, família, grupos e comunidade (REPE,2006).

Os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente: avaliando e propondo os recursos humanos necessários para a prestação dos cuidados de enfermagem, estabelecendo normas e critérios de atuação e procedendo à avaliação do desempenho dos enfermeiros (REPE,2006)

Diogo (2000) refere que «uma vida em que os desafios colocados à família sejam superiores às capacidades pessoais será sem dúvida uma enorme fonte de angústia e frustrações. Para tal, será «muito importante que os esforços da sociedade e da equipa de saúde que os deve acompanhar de modo permanente e continuado se coadunem à progressiva resposta que a família irá descobrindo em si própria» pelo que os cuidados paliativos se revelam de extrema importância neste aspeto (Diogo, 2000:182).

Gomes *et al* (1997:28), sintetizam a importância do enfermeiro também na comunicação ao referirem que «o enfermeiro é considerado um comunicador por excelência, pois tem de ter a capacidade de transmitir uma mensagem de modo a que quem a ouça a compreenda. A família procura-o geralmente para esclarecer as dúvidas que surgiram, por exemplo durante o diálogo com o médico ou com outros profissionais de saúde.»

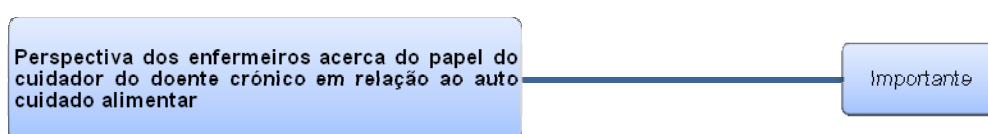
No que se refere a medidas de conforto, a fase de agonia corresponde a um momento em que importa suspender alguns procedimentos e instituir outros, uma vez que os objetivos do cuidado a prestar se resumem a um só: proporcionar o máximo de conforto possível. A tomada de decisão sobre a suspensão de algumas medidas deve ser do conhecimento do doente e/ou família, pelo que a comunicação é uma competência profissional muito importante a desenvolver por todos os elementos da equipa (Ellershaw, Ward & Neuberger, 2003).

Deste modo, a família vai conseguir entender que forçar a ingestão de alimentos não vai alterar a progressão da doença, podendo até prejudicar o doente quando o reflexo de deglutição está ausente. Devemos consciencializar os familiares de que, neste momento, o objetivo central dos cuidados é a promoção do conforto, e que eles podem assumir um importante papel, colaborando com a equipa terapêutica na implementação de medidas como a hidratação da mucosa oral (Ellershaw *et al.*, 2003).

1.7.- Perspetiva Dos Enfermeiros Acerca Do Papel Do Cuidador Do Doente Crónico Em Relação Ao Auto Cuidado Alimentar

No que se refere a esta área temática sobressaiu uma categoria *importante* (figura n.º7)

Figura N.º 7 - Perspetiva Dos Enfermeiros Acerca Do Papel Do Cuidador Do Doente Crónico Em Relação Ao Auto Cuidado Alimentar



No respeitante à categoria **Importante** foi referida pela totalidade de 11 enfermeiros:

(...) *Muito importante* (...)E3; E8

(...) São o elo entre nos e o utente, pois são eles que os conhecem melhor, e que posteriormente vão cuidar em casa se forem para lá (...)E4

(...) *alimentação é uma necessidade básica, desde o nascimento, defendemos que é durante a alimentação que a relação mãe/bebé se intensifica. Logo também acredito que o mesmo acontece quando o cuidador executa tal cuidado, torna-se um momento de cumplicidade e de uma forma de amor.* (...) E6

(...) *O cuidador é o principal elo de ligação entre o doente e os profissionais de saúde. Este facilita o processo de alimentação do doente, visto que conhece as suas necessidades e preferências alimentares.* (...) E7

(...) *É crucial este envolvimento para aquando da alta e este doente vai para o domicílio o prestador de cuidados esteja ciente de todos os cuidados necessários para a prestação deste auto-cuidado.* (...) E9

(...) *Tem como papel importante visto que é o cuidador que irá preparar as refeições do doente bem como administra-la. Por isso mesmo tem de ser bem preparado durante o internamento para que possa estar apto a cuidar do doente* (...) E10

(...) *muitas das vezes são os cuidadores que nos informam sobre gostos específicos dos doentes, das suas tolerâncias e dos seus hábitos*(...) E11

(...) *O cuidador do doente terá um papel bastante importante aquando da alta para o domicílio, pois será responsável pelo adequado aporte nutricional (providenciar uma dieta que seja benéfica para a patologia do utente) e certificar-se que estão a ser ingeridos quantidades suficientes para o bom funcionamento do organismo e satisfação do doente. É o cuidador que devera estar atento à capacidade de alimentar-se do doente e comunicar ao médico(enfermeiro qualquer alteração que ocorra*(...) E12

(...)O cuidador do doente por norma é quem melhor conhece o doente, conseguindo mãos colaboração e envolvimento do doente para se alimentar bem e de forma adequada(...)

E13

(...)O cuidador é a pessoa que melhor conhece o doente, logo deve estar informada sobre todos os auto cuidados que o utente necessita dependendo o tipo dependência que apresenta, sendo fundamental estar informada sobre os cuidados a ter no auto cuidado alimentar(...) E14

Quadro n.º 8 – Perspetiva Dos Enfermeiros Acerca Do Papel Do Cuidador Do Doente Crónico Em Relação Ao Auto Cuidado Alimentar

ENTREVISTADOS	PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS ACERCA DO PAPEL DO CUIDADOR DO DOENTE CRÓNICO EM RELAÇÃO AO AUTO CUIDADO ALIMENTAR
	Importante
E 1	
E 2	
E 3	X
E 4	X
E 5	
E 6	X
E 7	X
E 8	X
E 9	X
E 10	X
E11	X
E12	X
E13	X
E14	X

Como se pode verificar é unânime a opinião dos enfermeiros relativamente à importância do papel do cuidador no auto-cuidado alimentar. Parece poder-se afirmar que os enfermeiros ao atribuírem ao papel de família no cuidar como algo essencial estão

a defender a personalização dos cuidados ao doente, ao entende-la como um veículo de informação e suporte, mas também como principal promotor da continuidade dos cuidados. Assim, urge também a necessidade de os enfermeiros munir não só a família de conhecimentos suficientes para lidar com a situação do doente, mas também ajudá-la a preservar o seu bem-estar (Martins, 2006)

Salienta também Serra (2002:534), que a família

“é o ambiente com condições naturais onde espontaneamente surge uma troca mútua de sentimentos. Desta forma tem potencialidades para dar apoio emocional para a resolução de problemas e conflitos. Como sistema em que diversas personalidades interatuam, é suscetível de formar uma barreira defensiva contra as agressões do exterior. Pode igualmente facilitar a mobilização e a maturação dos seus membros.”

Neste sentido os enfermeiros ao reconhecerem o papel dos familiares do doente crónico com dependência no auto cuidado alimentar é a resposta adequada às necessidades efetivas entre quem cuida e é cuidado.

Conclusões

Alimentar o doente com alterações no auto cuidado alimentar constitui-se num desafio para os enfermeiros, na medida em que a sua intervenção é essencial para que o doente tenha uma boa qualidade de vida. De acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros acerca dos direitos à vida e à qualidade de vida, a alínea c) do Artigo 82º refere que é responsabilidade do enfermeiro “*participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida*” (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Em relação ao presente estudo, pudemos verificar que quando o enfermeiro se depara com doentes com sondas e cateteres para se alimentarem, coloca-os frequentemente diante de situações difíceis e angustiantes, na medida em que estes têm consciência que o paradigma biomédico é insuficiente para uma resposta de qualidade, exigindo um paradigma de cuidados focado na pessoa, ou seja, com enfoque nas respostas humanas envolvidas nas transições.

Assim, atendendo aos achados e à sua discussão apresentam-se algumas conclusões que adquiriam maior expressividade no decurso do estudo, atendendo ao objetivo do estudo: *Conhecer as intervenções dos enfermeiros no auto-cuidado alimentar no doente crónico.*

1º Verificamos que existe uma preocupação dos enfermeiros em avaliar o auto cuidado alimentar; Gerir dieta; Planear dieta; Gerir posicionamento; Administrar a alimentação observar e realizar ensinamentos. No entanto, verificamos que a monitorização do auto-cuidado alimentar não é efetuado, o que pode influenciar os processos de transição.

2º As alterações no auto-cuidado alimentar é uma experiência de extrema complexidade implicando sofrimento, tanto para o enfermeiro como para o doente e família, pela vivência de ruturas, limitações, privações e perdas.

3º Os enfermeiros percebem o auto-cuidado alimentar como um conceito multidimensional, fazendo referência a aspetos intrínsecos como uma exigência fisiológica, e a aspetos extrínsecos como a dimensão social e emocional, fazendo referência à promoção do conforto

4º As estratégias mobilizadas pelos enfermeiros no auto cuidado alimentar visam principalmente, contribuir para a melhoria da qualidade de vida do doente e da sua família.

Promover uma dieta individualizada, um ambiente confortável, uma comunicação assertiva, cuidados á boca, otimização da sonda nasogástrica, envolvimento da família, são algumas das mencionadas pelos mesmos.

5º Enfrentar a perda de apetite, a não-aceitação da família e sua indisponibilidade, o estado de caquexia, a exteriorização da sonda nasogástrica, os vômitos incoercíveis, a disfagia, aplicar medidas invasivas, individualizar dieta, ensinar o doente e família são dificuldades experienciadas pelos enfermeiros no seu quotidiano profissional.

6º A tomada de decisão no auto-cuidado alimentar é um momento delicado para os enfermeiros.

7º Maior disponibilidade, mais recursos humanos, trabalho em equipa, estabelecer uma comunicação assertiva, reforçar aporte nutricional, são necessidades que os enfermeiros mencionam como primordiais para atingir níveis mais elevados de qualidade na prestação de cuidados no auto-cuidado alimentar.

8º Verificamos que grande parte dos enfermeiros do nosso estudo recorre ao doente e família na sua prestação de cuidados. A família desempenha desde sempre um papel crucial no cuidar, e independentemente da sua estrutura é onde o doente vai centralizar as suas energias para encontrar o seu equilíbrio para ultrapassar a situação de crise.

9º É unânime a opinião dos enfermeiros relativamente à importância do papel do cuidador no auto-cuidado alimentar.

Uma família apoiada e devidamente acompanhada aumenta a sua capacidade de controlo e gestão da situação.

É essencial a implementação de uma abordagem que privilegie o doente e família em que a dignidade humana seja um valor essencial no exercício da enfermagem.

Os enfermeiros da UCC devem ter na sua prática de cuidados um claro objetivo de terapêutica, o respeito pela autonomia do doente e o compromisso em fazer da alimentação algo agradável e sociável às pessoas com doença crónica.

As intervenções dos enfermeiros relativamente ao auto-cuidado alimentar devem ter em conta os objetivos do tratamento, a vontade do doente (respeitando o princípio da

autonomia), a determinação dos potenciais benefícios e malefícios, preservando a interação social.

- **Implicações**

Considera-se que este estudo tem implicações para a prática e para a investigação em enfermagem, na medida em que, no que diz respeito às intervenções dos enfermeiros no auto-cuidado alimentar, os enfermeiros devem perceber que o modelo humanista deve nortear a prática de cuidados.

É Fundamental que os enfermeiros especialistas em saúde comunitária desenvolvam esforços no sentido de delinear intervenções centradas na promoção do máximo potencial de autonomia, nomeadamente o desenvolvimento de competências no auto-cuidado alimentar.

Os achados deste estudo apontam para a necessidade de intervenções mais sustentadas e focadas nas necessidades efetivas do doente e família.

Estudar esta dimensão do auto-cuidado no domicílio é fundamental, de forma a serem criados programas de intervenção que visem promover a autonomia no auto-cuidado.

A aposta na investigação é fundamental para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem comunitária promotores de uma transição saudável.

- **Limitações Do Estudo**

Considera-se como limitações deste estudo, a acumulação do exercício profissional da investigadora com a investigação e a in experiência na utilização da metodologia qualitativa. No que se refere à análise e interpretação dos dados resultantes das entrevistas, foi uma etapa muito demorada e que exigiu muito empenho e compromisso do investigador.

Salientamos ainda, que as conclusões deste estudo não podem ser generalizadas, pois estes resultados dizem respeito a um determinado contexto.

Bibliografia

- ABREU, Wilson Correia – Transições E Contextos Multiculturais: Contributos Para A Anamnese E Recurso Aos Cuidadores Informais. Coimbra: Formasau, 2008. P. ISBN 126- 978-972-8485-96-2.
- ALLARI, B. H. - When The Ordinary Becomes Extraordinary: Food And Fluids At The End Of Life. Generations, 2004 . P. ISBN 28(3), 86-91.
- ALMEIDA, Maria D. V – Princípios Básicos De Alimentação E Nutrição. Lisboa: Universidade Aberta, 1997
- ALVES, E - Estratégias Dos Cuidadores Informais De Doentes Com Cancro Do Pulmão Em Fase Terminal, No Domicílio. Universidade De Lisboa. Faculdade De Medicina De Lisboa, 2011.
- APARÍCIO, M. - A Satisfação Dos Familiares De Doentes Em Cuidados Paliativos. Lisboa: Universidade De Lisboa. Faculdade De Medicina, 2008.
- ARAÚJO, M. E Silva, M. J.- Communication With Dying Patients –Perceptions Of Intensive Care Units Nurses In Brazil. Journal Of Clinical Nursing, N 13, 2004, P. ISBN 143-149.
- ARBOLINO, I.; Sacchet, D. - Nutrition And Câncer Across The Continuum – Advanced Câncer Patient. Topics In Clinical Nursing, 2000. P. ISBN 15 (2), 12-19
- ATCHLEY, R.C, 1987, Aging: Continuity And Change, 2nd Edition, Belmont, Ca : Wadsworth
- BARBOSA, António E Neto, Isabel Galriça – Manual De Cuidados Paliativos. Faculdade De Medicina De Lisboa, Centro De Bioética, Núcleo De Cuidados Paliativos, Lisboa 2010b. ISBN 978-972-9349-22-5. P. 595-659.
- BARROS, A. L. B. L. Et Al. – Anamnese E Exame Físico: Avaliação Diagnóstica De Enfermagem No Adulto. 2002, 3ª Ed. São Paulo: Artmed.
- BELAND, J. L.; Passos, J. Y. – Enfermagem Clínica – 3ª Ed. São Paulo: Epu. Edusp. V.2, 1975.
- BENARROZ, M. O., Faillace, G. B. D. & Barbosa, L. A.- Bioética E Nutrição Em Cuidados Paliativos Oncológicos Em Adultos. Cad. Saúde Pública, (2009). P. ISBN 25(9), 1875-1882.
- BERGER, A. M., Shuster, J. L. & Von Roenn, J. H. - Principles And Practice Of Palliative Care And Supportive Oncology: Lippincott Williams & Wilkins. (2006).

- BERMEJO, José Carlos. - Introducción Al Counselling (Relación De Ayuda). Mali-año : Editorial Sal Terrae, 2011.
- BETTINELLI, L.A., Waskiewicz, J. E Erdmann, A.L. - Humanização Do Cuidado No Ambiente Hospitalar. O Mundo Da Saúde, (2003). P. ISBN 27 (2), 231-239.
- BRANCO, Maria Z. P. C. - Necessidades Dos Cuidadores Familiares Dos Doentes Oncológicos Em Fase Terminal. [Em Linha]. Universidade Do Porto. Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar. 2005. [Consult. 27 Out. 2013]. Disponível Em: [Http://Porbase.Bnportugal.Pt/lpac20/lpac.Jsp?Session=135507i9i48t6.64750&Profile=Porbase&Uri=Link=3100027~!8216137~!3100024~!3100022&Aspect=Basic_Search&Menu=Search&Ri=2&Source=~!Bnp&Term=Necessidades+Dos+Cuidadores+Familiares+Dos+Doentes+Oncol%C3%B3gicos+Em+Fase+Terminal+%5b+Texto+Policopiado%5d&Index=Altitle#Focus](http://Porbase.Bnportugal.Pt/lpac20/lpac.Jsp?Session=135507i9i48t6.64750&Profile=Porbase&Uri=Link=3100027~!8216137~!3100024~!3100022&Aspect=Basic_Search&Menu=Search&Ri=2&Source=~!Bnp&Term=Necessidades+Dos+Cuidadores+Familiares+Dos+Doentes+Oncol%C3%B3gicos+Em+Fase+Terminal+%5b+Texto+Policopiado%5d&Index=Altitle#Focus)
- BRUERA, E. - Clinical Management Of Anorexia And Cachexia In Patients With Advanced Cancer. Oncology, 1992. P. ISBN 49(2), 35-42.
- BRYON, E., De Casterlé, B. D. & Gastmans, C. - Nurses Attitudes Towards Artificial Food Or Fluid Administration In Patients With Dementia And In Terminally Ill Patients: A Review Of The Literature. Journal Of Medical Ethics, 2008. P. ISBN 34(6), 431.
- CALDAS, C. P. - Envelhecimento Com Dependência: Responsabilidades E Demandas Da Família. Cadernos De Saúde Publica. 2003, Vol. 19, Nº 3, P. ISBN 773-781.
- CARPENITO, L. J. – Diagnósticos De Enfermagem: Aplicação À Prática Clínica – 6 Ed. São Paulo: Artmed, 1997.
- CARVALHO, Maira I., “Envelhecimento E Cuidados Domiciliários Em Instituições De Solidariedade Social”, Lisboa, Coisas De Ler; 2012.
- CASARETT, D., Kapo, J. & Caplan, A. Appropriate Use Of Artificial Nutrition And Hydration—Fundamental Principles And Recommendations. New England Journal Of Medicine, 2005 P. ISBN. 353(24), 2607-2612.
- CASTRO, S. C. P. - Como Aprende O Cuidador Principal Do Doente Oncológico Em Fase Terminal A Cuidar No Domicílio. [Em Linha] Porto, 2009 Instituto De Ciências

- Biomédicas De Abel Salazar. [Consult. Out, 2013] Disponível Em: <Http://Repositorio-Aberto.Up.Pt/Bitstream/10216/19379/2/Tesesusana.Pdf>
- CHICK, N., Meleis, A.I. - «Transitions: A Nursing Concern» [In]: Chinn, P.L., Nursing Research Methodology, Rockeville, Aspen, 1986, P. ISBN.237-257
- CHILDREN, Jf E Beauchamp, M., 1999, Principles Of Bionedical Ethics. New York : Oxford, Cigolle, C.T; Langa, K.M; Kabeto, M.U, Et Al., 2007, Geriatric Conditions And Disability: The Health And Retirement Study. Ann Internation Med. 147:156-64
- CIMINO, J. E. - The Role Of Nutrition In Hospice And Palliative Care Of The Cancer Patient. Topics In Clinicalnutrition, 2003. P. Isbn 18(3), 154.
- CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (CI-PE/INCP) Lisboa: Associação Portuguesa De Enfermeiros. 2006, P. Isbn 46.
- COLLIÈRE, Françoise– Promover A Vida: Da Prática Das Mulheres De Virtude Aos Cuidados De Enfermagem. 2ªEd. Loures: Lusociência. 1999
- COLLIÈRE, M - Cuidar...A Primeira Arte Da Vida, Loures, Lusociência, 2ªedição. 2003.
- COMISSÃO EUROPEIA. Direcção-Geral Da Saúde E Da Protecção Dos Consumidores – Relatório Sobre A Situação Das Actividades Da Comissão Europeia No Domínio Da Nutrição Na Europa [Em Linha]. Luxemburgo: Serviço Das Publicações Oficiaisdas Comunidades Europeias. 2003 [Consult. Fev. 2013]. Disponível Em: <Www:<Url:Http://Www.Dgs.Pt/>>.
- CONTRERAS, J. - Alimentación Y Cultura. 1ªed. México: Alfaomega, 2002.
- DECRETO-LEI Nº 100/2006, D.R. I Série A Nº 109 (2006-06-06) [Em Linha] [Consult. 1 De Fevereiro De 2014]. Disponível Em Url <Http://Www.Dre.Pt/Pdfgratis/2006/06/109a00.Pdf>
- DECRETO-LEI Nº 101/2006. D.R. I Série – A. 109 (06-06-06) 3856-3865
- DESPACHO CONJUNTO, Nº166/1994, De 20 De Julho – Cria O Programa De Apoio Integrado A Idosos;
- DEWEY, A., & Dean, T. - Assessment And Monitoring Of Nutritional Status In Patients With Advanced Cancer: Part 1. International Journal Of Palliative Nursing, 2007. P. ISBN 13(6), 258-265.
- DGS - Programa De Saúde Das Pessoas Idosas. Lisboa: Direcção Geral De Saúde, 2006. Disponível

Em [Http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/I008279.pdf](http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/I008279.pdf). (Acedido Em Março 2012).

- DIOGO, P. - Necessidades De Apoio Dos Familiares Que Acompanham A Criança Com Doença Oncológica No Internamento. Lisboa, Escola Superior De Enfermagem Maria Fernanda Resende, 2000.
- ELLERSHAW, J., Ward, C. & Neuberger, R. J. - Care Of The Dying Patient: The Last Hours Or Days Of Lifecommentary: A “Good Death” Is Possible In The Nhs. Bmj, 2003. P. ISBN 326(7379), 30-34.
- FERNANDES, A. Teixeira - A Ritualização Da Comensalidade. Sociologia: Revista Da Faculdade De Letras Do Porto. 1997 Vol. 7, Nº8, P. ISBN 7-30.
- FLORES, M. I. - Empowerment E Promoção De Saúde – Uma Experiência Pedagógica, In Gestão Da Doença E Qualidade Em Saúde, Caparica, Eujoa A. G., 1.ª Ed. (2004).
- FORTIN, M. F. – O Processo De Investigação: Da Concepção À Realização. Loures: Lusociência, 1999. P. ISBN 388
- GANZINI, L. - Artificial Nutrition And Hydration At The End Of Life: Ethics And Evidence. Palliative And Supportive Care, 2006 P. ISBN 4(2), 135.
- GANZINI, L., Goy, E. R., Miller, L. L., Harvath, T. A., Jackson, A. & Delorit, M. A.- Nurses' Experiences With Hospice Patients Who Refuse Food And Fluids To Hasten Death. New England Journal Of Medicine, 2003 P. ISBN 349(4), 359-365.
- GEORGE, J.B. - Teorias De Enfermagem – Os Fundamentos Para A Pratica Profissional. Porto Alegre: Arte Médicas, 1993.
- GONÇALVES, José Ferraz – Controlo De Sintomas No Cancro Avançado. 2ª Ed. Lisboa: Coisas De Ler. 2011. 231 P. ISBN 978-989-8218-50-6.
- HANSEN, L., Goodell, T., Dehaven, J. E Smith, M.D. - Nurses' Perceptions Of End-Of-Life Care After Multiple Interventions For Improvement. American Journal Of Critical Care, 2009. P. ISBN 18 (3), 263-271.
- HENNEZEL, M.- Diálogo Com A Morte: Os Que Vão Morrer Ensinam-Nos A Viver. 4ª edição. Lisboa: Notícias. 2000. P. ISBN 972-46-0793-3.
- HESBEEN W. - Cuidar No Hospital: Enquadrar Os Cuidados De Enfermagem Numa Perspetiva De Cuidar. Loures: Lusociência; 2000 P. ISBN 972-20-1017-4

- HOGSTEL, M. O., &Gaul, A. L. - Safety Or Autonomy And Ethical Issue For Clinical Gerontological. J.Gerontol.Nurs, 1991. P. ISBN 6-11.
- HONNOR, A.; Law A. – Mouth Care In Cancer Nursing: Using An Audit To Change Practice - British Journal Of Healthcare 2002, Vol. 11, Nº6, Pp 1087-1096
- HOPKINSON, Jane Et Al. - Exploring The Experience Of Weight Loss In People With Advanced Cancer, “Jan”, 2006 P. ISBN 54 (3), Pp. 304-312
- HORTA, W. A. – Processo De Enfermagem – São Paulo: Epu, 1979.
- HUGHES, Nic, Neal, Richard - Adults With Terminal Illness: A Literature Review Of Their Needs And Wishes For Food, Journal Of Advanced Nursing, 2000, P. ISBN 32 (5), 1101-1107.
- HURTMULLER, Virginia, Desmond Sharon - Professional And Patient Perspectives On Nutritional Needs Of Patients With Cancer, Oncology Nursing Forum, 2004, P. ISBN 31 (5), 989-996.
- ICN – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM. Versão 1.0. Lisboa: Ordem Dos Enfermeiros, 2005.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - Classificação Internacional Para A Prática De Enfermagem: Versão 2.0. [Em Linha]. Lisboa: Ordem Dos Enfermeiros. 2010. [Consult. Fev. 2013]. Disponível Em::[Http://Www.Ordemenfermeiros.Pt/Sites/Madeira/Informacao/Paginas/Cipevers%C3%83o2.aspx](http://Www.Ordemenfermeiros.Pt/Sites/Madeira/Informacao/Paginas/Cipevers%C3%83o2.aspx)
- KOLCABA, K.- Comfort Theory And Practice : A Vision For Holistic Health Care And Research. New York : Springer Publishing Company. (2003). P. ISBN: 0-8261-1633-7.
- KRALIK, Debbie E Van Loon, Antonia. - Transitional Process And Chronic Illness. Blackwell Publishing Lda, 2010, P. ISBN: 17- 36
- LANGDON, D. S., Hunt, A., Pope, J. &Hackes, B.- Nutrition Support At The End Of Life: Opinions Of Louisiana Dietitians. Journal Of The American Dietetic Association, (2002). P. ISBN: 102(6), 837-840.
- LEANDRO, M. E. - Sociologia Da Família Nas Sociedades Contemporâneas, Lisboa, Universidade Aberta. 2001.
- LOPEZ, R. P., Amella, E. J., Mitchell, S. L. &Strumpf, N. E. - Nurses' Perspectives On Feeding Decisions For Nursing Home Residents With Advanced Dementia. Journal Of Clinical Nursing, 2010. P. Isbn: 19(5-6), 632-638.

- MARTINS, M. - Uma Crise Acidental Na Família – O Doente Com Avc. Coimbra: Formasau. 2002.
- MARTINS, M.C.S.F.C. - Aliviando O Sofrimento O Processo De Acompanhamento De Enfermagem Ao Doente Em Final De Vida. Lisboa. Universidade De Lisboa Com Participação Da Escola Superior De Enfermagem De Lisboa 2010.
- MARTINS, Maria Do Céu Antunes. - Alimentação Humana E A Enfermagem: Em Busca De Uma Dietética Compreensiva. Revista De Enfermagem Referência Iii Série - N.º 4 - Jul. 2011. PP. ISBN 143-149
- MARTINS, Rebeca A. L. T.- A Dependência No Auto-cuidado No Seio Das Famílias Clássicas Do Concelho De Lisboa: Abordagem Exploratória À Dimensão Do Fenómeno. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa, Outubro 2011
- MARTINS, T. - Acidente Vascular Cerebral: Qualidade De Vida E Bem-Estar Dos Doentes E Familiares Cuidadores. Coimbra: Formação E Saúde Lda, 2006.
- MCCLEMENT S, Degner L, Harlos M. - Family Responses To Declining Intake And Weight Loss I A Terminally Ill Relative. Part 1: Fighting Back, Journal Of Palliative Care, 2004, P. ISBN: 20 (2), Pp. 93-100.
- MELEIS, A. – Theoretical Nursing: Development And Progress. 3.ª Ed. Philadelphia:Lippincott Williams &Wilkins, 2005.
- MELEIS, A. I. - Transitions Theory. New York: Springer Publishing Company. 2010.
- MELEIS, Afaf, Et Al. - Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Rang Theory. Advanced Nursing Science. 2000, Vol. 23(3), P. Isbn: 12-28
- MENESES, M. T. P. C. Autonomia Do Enfermeiro Realidade Ou Utopia? Pensar Enfermagem, 2004. P. ISBN: 8(2), 38-41.
- MENNELL, S.; Murcott, A.; Van Otterloo, A.H. - Trend Report: The Sociology Of Food: Eating,Diet And Culture. Current Sociology, V.40, N.2, 1992. P. ISBN 1-152
- MEZZOMO, A - A Fundamentos De Humanização Hospitalar: Uma Visão Multiprofissional. São Paulo: Loyola, 2003 P.410
- MINAYO, M. C. S. - O Desafio Do Conhecimento-Pesquisa Qualitativa Em Saúde - São Paulo: Hucitec, 8ª Edição, 269p 2004.

- MINISTÉRIO DO TRABALHO E SOLIDARIEDADE SOCIAL - Anexo Ao Acordo Sobre A Reforma Da Segurança Social – Impacte Das Medidas, Lisboa: Ministério Do Trabalho E Solidariedade Social, 2006.
- MOTENKO, Ak E Greenberg - Reframing Dependence In Old Age: A Positive Transition For Families, National Assotiation Of Social Workers, 1995, Vol. 40, P. ISBN: 382-390.
- MOURA, C. - A Inevitabilidade Da Morte E O Cuidar Em Fim De Vida: Entre A Filosofia E A Bioética. Lisboa: Coisas De Ler Edições, 2011.
- NASCIMENTO, E. E Trentini, M. - O Cuidado De Enfermagem Na Unidade De Terapia Intensiva (Uti): Teoria Humanística De Paterson E Zderad. Revista Latino-Americana De Enfermagem, 2004. P. ISBN: 12 (2), 250-257.
- NETO, I. – Modelos De Controlo Sintomático. In Manual De Cuidados Paliativos, 2.^a Ed. Lisboa: Faculdade De Medicina De Lisboa, 2010c. ISBN 9-789729-349225. P. 61-68.
- NETO, I. Agonia. In Barbosa, A.; Neto, Isabel, Manual De Cuidados, 2006
- NIGHTINGALE, F. - Notas Sobre Enfermeria – Quéés Y Qué No Es – Barcelona: Masson, 1990.
- NOGUEIRA, José Miguel - A Dependência: O Apoio Informal, A Rede De Serviços E Equipamentos E Os Cuidados Continuados Integrados. Lisboa: Ministério Do Trabalho E Da Solidariedade Social, 2009. ISBN 978-972-704-348-4.
- O. DUARTE & M. J. D. Diogo - Atendimento Domiciliar: Um Enfoque Gerontológico São Paulo: Atheneu. (Pp.49-70).
- O'CONNOR, M. - I'm Just Not Interested In Eating': When Nutrition Becomes An Issue In Palliative Care. Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession, 2007. P. Isbn: 27(1), 23-28
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Divulgar: Competências Dos Enfermeiros Em Cuidados Gerais. Lisboa : Ordem Dos Enfermeiros. 2003
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Proposta Do Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem De Reabilitação: Enquadramento Conceptual E Enunciados Descritivos. Assembleia Extraordinária Do Colégio Da Especialidade De Enfermagem De Reabilitação. Setembro 2011.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS. - Classificação Internacional Para A Prática De Enfermagem. Versão1.0. E 2.0. Genebra: International Council Of Nurses (Versão Oficial Portuguesa). 2010.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. - Código Deontológico Do Enfermeiro. Lisboa: Ed. Ordem Dos Enfermeiros. 2003.
- OREM, D. E. - Modelo De Orem: Conceptos De Enfermeríaen La Prática. Barcelona:Masson. 1993.
- OREM, Dorothea - Nursing: Concepts Of Practice. St. Louis: Mosby, 2001. P. Isbn: 032300864x.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, - Primary Health Care Now More Than Ever 2008, P. Isbn:: 1020-3311
- PASMAN, H. R. W., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Kriegsman, D. M. W., Ooms, M. E., Ribbe, M. W. & Van Der Wal, G. - Discomfort In Nursing Home Patients With Severe Dementia In Whom Artificial Nutrition And Hydration Is Forgone. Arch Intern Med, 2005. P. ISBN: 165(15), 1729.
- PASMAN, H. R. W., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Ribbe, M. W. & Van Der Wal, G. - Participants In The Decision Making On Artificial Nutrition And Hydration To Demented Nursing Home Patients: A Qualitative Study. Journal Of Aging Studies, (2004). P. ISBN: 18(3), 321-335.
- PASSOS, Silva Santos - Da Prestação De Cuidados Rotineiros Aopaciente Dependente Hospitalizado. Universidade Federal Da Escola De Enfermagem Bahia. Salvador, 2007.
- PAÚL, C.; Fonseca, A. M. - Psicossociologia Da Saúde. Lisboa: Climepsi Editores. 2001.
- PAVARINI, S. C. I., &Neri, A. L. – Compreendendo Dependência, Independência E Autonomia No Contexto Domiciliar: Conceitos, Atitude E Comportamentos. In Y. 2000.
- PETRONILHO, Fernando – Caracterização Do Doente Após Evento Crítico. Sinaisvitais. Coimbra. Janeiro 2010. Nº88, P. ISBN: 0872-8844, .41-47.
- PETRONILHO, Fernando Alberto Soares – O Auto-cuidado: Conceito Central Da Enfermagem. Da Conceptualização Aos Dados Empíricos Através De Uma Revisão

De Anos (1990-2011);Formasau- Formação E Saúde, Lda; Coimbra. 2012. 105 P. ISBN: 978-989- 8269-17-1

- PETRONILHO, Fernando Alberto Soares – Preparação Do Regresso A Casa. Coimbra: Formasau, 2007. 216 P. Isbn 978-972-8485-91-7.
- PHANEUF, M. - Comunicação, Entrevista, Relação De Ajuda E Validação. Loures: Lusociência. 2005.
- POOLE, K; Froggatt, K - Loss Of Weight And Loss Of Appetite In Advanced Cancer: A Problem For The Patient, The Carer, Or The Health Professional?, Palliative Medicine, 2002, P. ISBN:16 (6), Pp. 499-506.
- PORTA, J; Gómez-Batiste, X; Tuca, A - Manual – Control De Síntomasen Pacientes Com Cánceraavanzado Y Terminal, Madrid, Aránediciones,S.L., 2004.
- POTTER, P. A.; Perry. A. G. Fundamentos De Enfermagem. 5 Ed. Rio De Janeiro:Guanabarakoogan, 2004.
- PRETO, L. S. R. - O Desenvolvimento Da Autonomia Como Factor De Adaptação Ao Ensino Superior, Revista Referência, 2003. P. ISBN: 10, 63-71.
- QUENTAL, A.; Duarte, J.; Andrade, C. & Pereira, H. R. (2004). Avaliação Do Nível De Dependência Nos Idosos- Elaboração De Um Instrumento De Medida Baseado No Conceito De Risco. Nursing. Ano 15, Nº 186. Lisboa, Pp. 19-23.
- RÍO, M., Shand, B., Bonati, P., Palma, A., Maldonado, A., Taboada, P. & Nervi, F. - Hydration And Nutrition At The End Of Life: A Systematic Review Of Emotional Impact, Perceptions, And Decision-Making Among Patients, Family, And Health Care Staff. Psycho-Oncology. 2011.
- RODRIGO, Jonas – Fundamentação Teórica - Trt18ª Região Analista Judiciário.Vestconbrasília, 2008.
- RÖING, M., Hirsch, J-M., Holmströn, I. – The Uncanny Mouth – A Phenomenological Approach To Oral Cancer - Patient Education And Counselling 2007; P. ISBN:67, 301-306
- ROPER, N., Logan, W., Tierney, A. Modelo De Enfermagem. 3ª Edição. Alfragide: Editora Mcgraw-Hill De Portugal, 1995.
- RURUP, M. L., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Pasman, H. R. W., Ribbe, M. W. & Van Der Wal, G. - Attitudes Of Physicians, Nurses And Relatives Towards End-Of-Life Decisions Concerning Nursing Home Patients With Dementia. Patient Education And Counseling, 2006. P. ISBN: 61(3), 372-380.

- SANCHES, P. E Carvalho, M. - Vivência Dos Enfermeiros De Unidade De Terapia Intensiva Frente À Morte E O Morrer. Revista Gaúcha De Enfermagem, 2009. P. ISBN:30 (2), 289-296.
- SANDSTEAD, H. - A Point Of View: Nutrition And Care Of Terminally Ill Patients. Am J Clin Nutr, 1990. P. ISBN: 52, 767-769.
- SANTOS, A.- Ética Nas Unidades De Cuidados Intensivos. In Archeret AI, Novos Desafios À Bioética. Porto: Porto Editora. 2001.
- SANTOS, F. S. - Cuidados Paliativos: Diretrizes, Humanização E Alívio De Sintomas: Atheneu Editora. 2011.
- SEQUEIRA, C. - Cuidar De Idosos Dependentes, Coimbra, Quarteto, 2007.
- SERRA, A.V. - O Stress Na Vida De Todos Os Dias. Coimbra: Gráfica De Coimbra, Lda. 2002.
- SERRÃO, D. - Refundação Do Sistema Nacional De Saúde. In Fórum De Economia Da Saúde. Porto: Departamento De Clínica Geral E Instituto Superior De Estudos Empresariais Da Universidade Do Porto, Fevereiro, 2000 P. ISBN:89 – 102
- SHRAGGE, J; Wismer, W; Olson, K; Baracos, V - Shifting To Conscious Control: Psychosocial And Dietary Management Of Anorexia By Patients With Advanced Cancer, “Palliative Medicine”, 2007, P. ISBN: 21, 227-233.
- SILVA, A. P, - Enfermagem Avançada: Um Sentido Para O Desenvolvimento Da Profissão E Da Disciplina, Servir. 2007, Vol. 55, N.º 1-2, P. ISBN: 2111– 19
- SILVA, Luzia W. S. - O Cuidado Na Perspectiva De Leonardo Boff, Uma Personalidade A Ser (Re) Descoberta Na Enfermagem. Revista Brasileira De Enfermagem. [Em Linha]. Brasília. Issn 0034-7167. Vol.58, Nº4, 2005. [Consult. 22 Fev 2015]. Disponível Na Wwww: <
[Http://Www.Scielo.Br/SciELO.Php?Pid=S003471672005000400018&Script=Sci_Arttext](http://Www.Scielo.Br/SciELO.Php?Pid=S003471672005000400018&Script=Sci_Arttext)>
- SILVA, Mj - Comunicação Tem Remédio. A Comunicação Nas Relações Interpessoais Em Saúde (4ª Ed.) São Paulo: Edições Loyola, 2006.
- SMITH, S. & Andrews - M. Artificial Nutrition And Hydration At The End Of Life. Medsurg Nursing: Official Journal Of The Academy Of Medical-Surgical Nurses, 2000. P. ISBN: 9(5), 233.

- SOLOMON, M. Z., O'donnell, L., Jennings, B., Guilfooy, V., Wolf, S. M., Nolan, K. Donnelley, S. - Decisions Near The End Of Life: Professional Views On Life-Sustaining Treatments. American Journal Of Public Health, 1993. P. ISBN: 83(1), 14-23.
- SOUSA, L., Galante, H., Figueiredo, D. - Qualidade De Vida E Bem-Estar Dos Idosos: Um Estudo Exploratório Na População Portuguesa, Revista De Saúde Pública. 2003, V.33, N.3,P. 364-371
- SOUSA, Pedro Miguel Lopes; Santos, Isabel Margarida Silva Costa - Cuidando Da Pessoa Com Ferida Cirúrgica: Estudo De Caso Revista Referência II.^a Série - Nº 4 - Jun. 2007
- SOUTER, Jill - Loss Of Appetite: A Poetic Exploration Of Cancer Patients And Their Carers' Experiences, "International Journal Of Palliative Nursing", 2005, P. ISBN: 11 (10), Pp. 524-532.
- STRASSER, F; Cerny, T; Binswange, J; Kesselring - A Fighting A Losing Battle: Eating Related Distress Of Men With Advanced Cancer And Their Female Partners. A Mixed-Methods Study, "Palliative Medicine", 2007, P. Isbn: 21, 129- 137.
- THEORICAL NURSING DEVELOPING & PROGRESS. 4^a Edição. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
- TUTTON, E., & Seers, K. - Comfort On A Ward For Older People. Journal Of Advanced Nursing, 2004. Volume 46 P. ISBN: (4), 380-389.
- TWYXCROSS, R. – Cuidados Paliativos, 2^a Ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. Isbn 972- 796-093-6
- VAN DER RIET, P., Good, P., Higgins, I. & Sneesby, L.- Palliative Care Professionals' Perceptions Of Nutrition And Hydration At The End Of Life. International Journal Of Palliative Nursing, 2008. P. ISBN: 14(3), 145.
- VERÍSSIMO C. M. F. - Importância Dos Conceitos Para A Produção Multidisciplinar De Cuidados. Nursing. 2004;15(187): 20-4.
- VILLA, V. E Rossi, L. - O Significado Cultural Do Cuidado Humanizado Em Unidade De Terapia Intensiva: "Muito Falado E Pouco Vivido". Revista Latino-Americana De Enfermagem, 2002. P. ISBN: 10 (2), 137-144.
- WAITZBERG, D. L. - Dieta, Nutrição E Câncer: Atheneu. 2004.

- WATSON, J. Ciência Humana E Cuidar. Uma Teoria De Enfermagem. Loures. Lusociência. 2002, ISBN: 972-8383-33-9
- WHITEHEAD, D. Health Education - Behavioural Change And Social Psychology: Nursing`S Contribution To Health Promotion, Journal Of Advanced Nursing, (2001). P. ISBN: 34 (6)
- WINTER, S. M. - Terminal Nutrition: Framing The Debate For The Withdrawal Of Nutritional Support In Terminally Ill Patients. The American Journal Of Medicine, 2000. P. ISBN: 109(9), 723-726.
- WRIGHT, Lorraine; Leahey, M.- Enfermeiros E Famílias: Um Guia Para Avaliação E Intervenção Na Família. 4ªed. São Paulo: Roca Editora, 2009. 294p. ISBN 9788572417747.
- WRIGHT, S. – Mi Paciente- Mi Enfermera; Barcelona; Ediciones Doyma, S.A.; 1993; ISBN 84-75-92-522-7.
- WURZBACH, M. E. - Long-Term Care Nurses' Ethical Convictions About Tube Feeding. Western Journal Of Nursing Research, 1996. P. ISBN: 18(1), 63-76.
- XIMENES, S. Mini Dicionário Da Língua Portuguesa. 2ª Ed. São Paulo: Ediouro, 2000.
- YU, H. E Chan, S. - Nurses´Responseto Death And Dying In An Intensive Care Unit – A Qualitative Study. Journal Of Critical Nursing, (2010). P. ISBN: 19, 1167-1169.
- ZANETTI, O., Bianchetti, A., Zanetti, E., Magni, E., Frisoni, G. &Trabucchi, M. - Geriatric Nurses' Attitudes Towards The Use Of Nasogastric Feeding-Tubes In De-mented Patients. International Journal Of Geriatric Psychiatry, 1996., P. ISBN: 11(12), 1111-1116.

Anexos

**Anexo I – Declaração De Autorização
Para Efetivação Do Projeto De Investigação De Mestrado**

Exmo. Senhora

Diretora Técnica Da Unidade De Cuidados Continuados De Média E Longa Duração Dr. Queiroz Faria

Assunto: Pedido de autorização para efetivação do Projeto de Investigação de Mestrado

Dados do Investigador Principal:

Nome – Marta Isabel Varajão Correia

Habilitações – Licenciatura em Enfermagem

Instituição onde Trabalha – Unidade De Cuidados Continuados De Média E Longa Duração Dr. Queiroz Faria - Forjães

Aluna do II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária

Título do projeto de investigação:

As Intervenções Do Enfermeiro No Auto-cuidado Alimentar

Objetivos do projeto de investigação:

Objetivo Geral: Compreender a influência dos cuidados de enfermagem no auto-cuidado alimentar no doente crónico.

Objetivos específicos:

- Identificar os cuidados de enfermagem prestados no auto cuidado alimentar no doente crónico;

- Analisar o significado atribuído pelos enfermeiros ao auto cuidado alimentar no doente crónico;
- Identificar estratégias adotadas pelos enfermeiros no auto cuidado alimentar no doente crónico;
- Identificar dificuldades com que se deparam os enfermeiros auto cuidado alimentar no doente crónico;
- Identificar as necessidades no auto cuidado alimentar no doente crónico
- Identificar junto dos enfermeiros quem envolvem no auto cuidado alimentar no doente crónico;
- Identificar a perspectiva dos enfermeiros acerca no auto cuidado alimentar no doente crónico;

Subcrevo este pedido solicitando a V. Ex^a., na qualidade de Investigadora principal, autorização para a efetivação do projeto de investigação em epígrafe, a realizar em contexto de instituição.

A referida colheita incidirá sobre os enfermeiro/as a trabalhar na instituição.

O instrumento de recolha de dados a utilizar será a entrevista semiestruturada.

Certifica-se desde já que será garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Assume-se o compromisso de após o término do referido estudo, informar a instituição dos respetivos resultados.

Remeto em anexo toda a documentação necessária à submissão ao Conselho de Administração do projecto de investigação supracitado.

Com os melhores cumprimentos,

A Investigadora Principal

Viana do Castelo, ... de... de 2014

Anexo II- Declaração De Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Este estudo pretende compreender a influência dos cuidados de enfermagem no auto-cuidado alimentar do doente crónico. É realizado no âmbito do II Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, pela mestranda Marta Isabel Varajão Correia, licenciada em Enfermagem. Através desta investigação, pretende-se com este estudo

Assim, é determinante para o sucesso deste estudo, podermos contar com a sua colaboração, através da realização de uma entrevista.

A sua participação neste estudo é voluntária, podendo recusar participar neste ou desistir, a qualquer momento, e sem qualquer implicação para a sua pessoa.

Poderá solicitar à investigadora um período para refletir acerca do pedido da sua participação no estudo.

Todos os dados e informações decorrentes do presente estudo são confidenciais e apenas serão utilizados com vista à concretização dos objetivos do mesmo. Após a conclusão do estudo, poderá ter acesso aos resultados do mesmo, os quais serão, caso deseje, enviados, através do contacto com a investigadora.

Será supervisora de todo o estudo a Professora Doutora Manuela Cerqueira, orientadora da Dissertação de Mestrado, Prof Adjunta de Escola Superior de Saúde do IPVC. Este projeto de investigação foi aprovado e autorizado pela

Agradecemos, desde já, o facto de aceitar dar a sua importante contribuição para este estudo.

Viana do Castelo, _____ de _____ de 2014.

A Investigadora,

Marta Correia

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Designação do Estudo:

As intervenções do enfermeiro no auto-cuidado alimentar

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) -----

-----, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método proposto pela investigadora.

Data: ____ / ____ / 20__

Assinatura do participante: _____

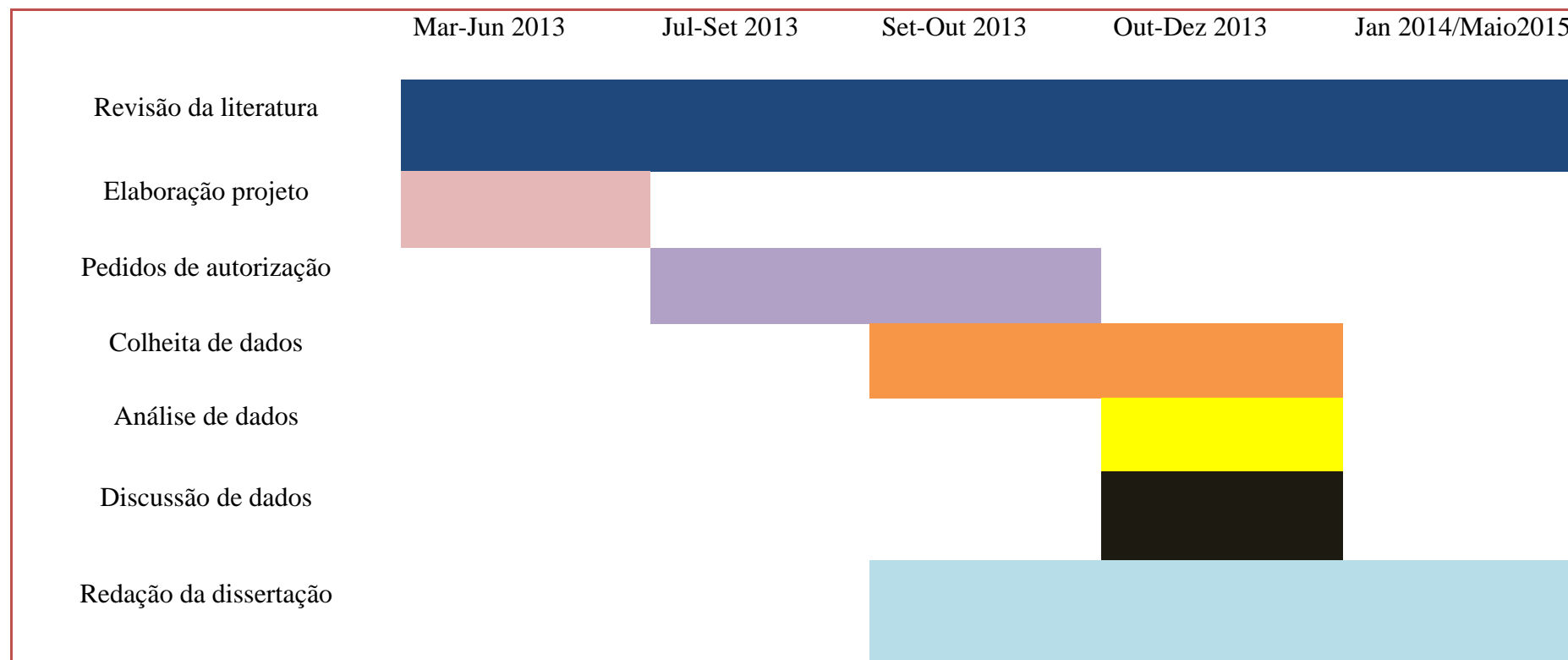
A Investigadora responsável:

Nome: Marta Isabel Varajão Correia

Assinatura:

Apêndices

Apêndice I- Cronograma



Apêndice II- Guião De Entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA AOS ENFERMEIRO/AS
Tema: As intervenções do enfermeiro no auto-cuidado alimentar
Objetivo geral: Compreender a influência dos cuidados de enfermagem no auto-cuidado alimentar no doente crónico.

Parte I

- 1- Idade:
 - 2- Anos de exercício profissional: anos
 - 3- Sexo:
 - 4- Estado Civil:
-
- 1) Que cuidados de enfermagem são prestados por si em relação ao auto-cuidado alimentar do doente crónico?

 - 2) Que significado atribui ao auto cuidado alimentar no doente crónico?

 - 3) Que estratégias adopta quando se encontra na prestação de cuidados no auto cuidado alimentar no doente crónico?

 - 4) Que dificuldade encontra na prestação de cuidados no auto cuidado alimentar no doente crónico?

 - 5) Que necessidade encontra quando presta cuidados no auto cuidado alimentar no doente crónico?

 - 6) Quem envolve aquando da prestação de cuidados no auto cuidado alimentar no doente crónico?

 - 7) Que perspectiva tem acerca do papel do cuidador do doente crónico em relação ao auto cuidado alimentar?

Apêndice III- Exemplo De Entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA AOS ENFERMEIRO/AS
Tema: As intervenções do enfermeiro no auto-cuidado alimentar
Objetivo geral: Compreender a influência dos cuidados de enfermagem no auto-cuidado alimentar no doente crónico.

Parte I

1. Idade: 25
2. Anos de exercício profissional: 3 anos
3. Sexo: feminino
4. Estado Civil: casado

5. Que cuidados de enfermagem são prestados por si em relação ao auto-cuidado alimentar do doente crónico?

Avaliar as condições cognitivas e capacidade do utente cooperar na alimentação

Avaliar capacidade do utente deglutir

Ajustar dieta de acordo com a sua patologia, estado de consciência e capacidade em deglutir

Se utente não reunir condições para a alimentação oral, colocar SNG

Alimentar utente, vigiar quantidade de dieta ingerida

Estimular utente para alimentar-se sozinho

Realizar ensinamentos ao utente e família acerca do auto-cuidado alimentar-se e da qual deveria ser a sua dieta perante a sua patologia

6. Que significado atribui ao auto cuidado alimentar no doente crónico?

Consiste no providenciar uma dieta adequada/alimentar um utente que apresenta uma doença que o acompanhara ao longo da sua vida. Tratar do que é necessário para o doente alimentar-se e contribuir para uma alimentação equilibrada

7. Que estratégias adopta quando se encontra na prestação de cuidados no auto cuidado alimentar no doente crónico?

Abordar o utente de forma holística

8. Que dificuldade encontra na prestação de cuidados no auto cuidado alimentar no doente crónico?

Dificuldade em educar o doente e família para uma alimentação saudável e que vai ao encontro das necessidades da patologia que apresenta, vistos muitos utentes após os ensinamentos... não cumprirem o que lhes foi transmitido

9. Que necessidade encontra quando presta cuidados no auto cuidado alimentar no doente crónico?

Providenciar conforto/bem-estar e satisfação ao utente

Obter ganhos em saúde através da dieta

Necessidade de trabalhar numa equipa multidisciplinar (nutricionista, médico, terapeuta da fala...)

10. Quem envolve aquando da prestação de cuidados no auto cuidado alimentar no doente crónico?

Envolve o utente e a família

11. Que perspectiva tem acerca do papel do cuidador do doente crónico em relação ao auto cuidado alimentar?

O cuidador do doente terá um papel bastante importante aquando da alta para o domicílio, pois será responsável pelo adequado aporte nutricional (providenciar uma dieta que seja benéfica para a patologia do utente) e certificar-se que estão a ser ingeridos quantidades suficientes para o bom funcionamento do organismo e satisfação do doente. É o cuidador que deverá estar atento à capacidade de alimentar-se do doente e comunicar ao médico (enfermeiro qualquer alteração que ocorra)

Apêndice IV- Grelha De Análise De Conteúdo

Tabela nº1 cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros relativamente ao auto-cuidado alimentar do doente

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ENTREVISTADOS
1. Avaliar o auto cuidado alimentar	<ul style="list-style-type: none"> História alimentar 	<p>"(...)Conhecer os hábitos/rotinas alimentares" (...) "E2;</p> <p>"(...) Escolha da dieta consoante o doente, a capacidade de deglutição do doente, dos antecedentes clínicos do doente, dos gostos do doente e das necessidades do doente" (...) "E11</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Deglutição 	<p>"(...) Testar reflexo de deglutição" (...) "E4</p> <p>"(...) Avaliar capacidade do utente deglutir" (...) "E12</p> <p>"(...) Avaliar a condição do doente (ex:náuseas, alterações de deglutição, etc) e adaptaraalimentação (...) "E13</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Processo patológico 	<p>"(...)Conhecer as suas patologias associadas" (...) "E2</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Capacidades cognitivas 	<p>"(...) Avaliar as condições cognitivas e capacidade do utente cooperar na alimentação" (...) "E12</p> <p>"(...) Avaliar capacidades cognitivas" (...) "E13</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Capacidades fisiológicas 	<p>"(...) Avaliar Alterações visuais, Força muscular" (...) "E14</p>
2. Gerir dieta		<p>" (...)Ajustar dieta as patologias tendo em consideração os gostos alimentares e hábitos culturais" (...) "E2</p> <p>"(...) Adequação da alimentação consoante as necessidades do doente" (...) "E7"</p> <p>(...) Adaptar a dieta alimentar à doença crónica em causa, por exemplo, doente com diabetes, controlar a ingestão de açúcares, ou no doente com HTA, controlo de quantidade de sal)Ajustar dieta de acordo com a sua patologia, estado de consciência e capacidade em deglutir" (...) "E13</p> <p>"(...) Gerir dieta" (...) "E14</p>
3. Administrar a alimentação		<p>"(...) Alimentação oral, sng, peg" (...) "E3</p> <p>"(...) Alimentação oral, sng e peg" (...) "E9; E10; E11</p> <p>"(...) Alimentar utente, " (...) "E12</p>

		"(...) Alimentar `boca ou por SNG, quando o doente é dependente devido à doença crónica"(...)"E13.
4. Gerir posicionamento		"(...) posicionar"(...)"E4; E14
5. Observar		"(...) A observação do doente, tendo em conta a sua situação clínica. Se o doente possuir SNG, a verificação do conteúdo alimentar/posição da SNG e integridade. Se não possuir SNG, o estado consciente, a vontade do doente se alimentar e quantidade que deseja ingerir"(...)"E6
6. Planear dieta		"(...) Planear dietas fornecidas"(...)"E8 "(...)Planear a dieta fornecido ao utente crónico"(...)"E9 "(...)Planeamento da dieta"(...)"E3 "(...) Planear a dieta dos utentes de acordo com as suas necessidades"(...)"E10
7. Supervisionar		"(...)Supervisionar as refeições"(...)"E10 "(...)Vigiar a quantidade de dieta ingerida"(...)"E12
8. Realizar ensinamentos		"(...)Realizar ensinamentos ao utente e família acerca do auto-cuidado alimentar-se e da qual deveria ser a sua dieta perante a sua patologia"(...)"E12

Tabela nº2 significado atribuído pelos enfermeiros ao auto cuidado alimentar no doente crónico

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ENTREVISTADOS
1. Uma exigência fisiológica		(...) Necessidade fisiológica básica (...) E2 "(...) Todo o ser humano necessita de ser alimentado, independentemente da quantidade, mesmo um doente em situação crónica. É importante fornecer uma boa alimentação e ter em conta quais os alimentos que o utente prefere"(...)"E6 "(...) A alimentação é seguramente o fator mais importante, pelos mecanismos de nutrição que desencadeia, tanto de ordem química e bioquímica como fisiológica, que está na base do bom funcionamento do organismo, assim sendo é extremamente importante para uma boa

		<i>qualidade de vida do doente crónico</i> "(...)E14
2. Manutenção do estado nutricional		<p><i>"Importante para manter estado nutricional adequado (...)</i> E3</p> <p><i>"(...)Necessidade de aporte nutricional de modo a prevenir/melhorar as úlceras de pressão reforçando o equilíbrio proteico e nutricional(...)</i> E9</p> <p><i>(...) Satisfazer as necessidades nutricionais dos utentes (...)</i> E10</p> <p><i>(...)Auto-cuidado essencial para aporte de nutrientes básicos para manter vida, manter níveis hidro electrolíticos adequados(...)</i> E11</p>
3. Manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico		<p><i>"(...)Manter equilíbrio hidro-electrolítico"(...)E4; E7</i></p> <p><i>"(...)Promover o equilíbrio proteico e nutrientes essenciais para a prevenção das UP's"(...) E8</i></p> <p><i>"(...)Consiste em alimentar oralmente ou por SNG o doente por forma a manter o equilíbrio hidro-electolítico e aporte de nutrientes necessários ao organismo, assegurando o bem –estar físico e psicológico"(...) E13</i></p>
4.Promoção do conforto		<i>"(...) Promoção do conforto"(...) E7</i>
5. Promoção do processo de cicatrização		<i>" (...) Ajudar no processo de cicatrização em doente com feridas"(...) E10</i>
6. Promoção de uma dieta adequada		<i>" (...) Consiste no providenciar uma dieta adequada/alimentar um utente que apresenta uma doença que o acompanhara ao longo da sua vida. Tratar do que é necessário para o doente alimentar-se e contribuir para uma alimentação equilibrada"(...) E12</i>

Tabela nº3 estratégias adoptadas pelos enfermeiros na prestação de cuidados no auto cuidado alimentar no doente crónico

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ENTREVISTADOS
1. Promoção de ambiente confortável		<p>"(...)Proporcionar um ambiente calmo (...)E2</p> <p>"(...)Tentar encontrar o ambiente adequado"(...)E4</p> <p>(...) Ambiente calmo e tranquilo(...)E7</p> <p>"(...)Proporcionar um ambiente calmo e agradável à refeição"(...)E13</p> <p>"(...) Proporcionar ambiente calmo e tranquilo"(...)E14</p>
2. Promoção de dieta individualizada		<p>(...) Ajuste da consistência da dieta, a quantidade tolerada pelo utente (...)E2</p> <p>"(...)Tentar encontrar a alimentação adequada"(...)E4; E11</p> <p>"(...)dieta de acordo com as limitações do indivíduo"(...)E14</p>
3. Promoção de uma comunicação assertiva		<p>(...) Discurso calmo e incentivador para o doente (...)E3</p> <p>"(...) Empatia com o utente, se este falar, manter uma comunicação verbal"(...)E6; E14</p>
4.Promoção de cuidados á boca		<p>(...) Lavagem cavidade oral(...)E3</p> <p>(...) Lavagem da cavidade oral"(...)E9</p> <p>(...) realizar higiene oral"(...)E14</p>
5. Optimização da sonda naso-gástrica		<p>(...) Optimizar peg/sng(...)E3; E10</p>
6. Envolvimento da família	<ul style="list-style-type: none"> Facilitar a participação 	<p>"(...) incentivar a participação da família no cuidado "(...)E4</p> <p>(...) englobar a família/prestador de cuidados neste auto-cuidado"(...)E9</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • EPS 	<p><i>"(...) Treinar o prestador de cuidados sobre técnica de alimentação" (...)E8</i></p> <p><i>"(...)Ensinar/instruir/treinar prestador de cuidados na técnica de alimentação" (...)E10</i></p>
7. Promoção do conforto	<ul style="list-style-type: none"> • Posicionamento 	<i>"(...) posicionamento adequado do doente" (...)E7; E10</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Espaço alimentar agradável 	<p><i>"(...) manter o espaço e utensílio simples e a refeição visivelmente agradável" (...)E13</i></p> <p><i>"(...)apresentação da refeição seja visualmente agradável" (...)E14</i></p>
8. Encaminhamento		<i>"(...)Encaminhar para nutricionista quando necessário" (...)E10</i>
9. Alívio de sintomas		<i>" (...) Tentar atenuar em contacto com a equipa multidisciplinar sintomas como náuseas, vómitos, e mesmo alterações na deglutição e mastigação" (...) E11</i>
10. Promoção da independência		<p><i>" (...) Incentivar/promover a independência do doente" (...) E11</i></p> <p><i>" (...) estimular o utente a alimentar-se sozinho" (...) E14</i></p>
11. Abordagem holística		<i>" (...) Abordar o utente de forma holística" (...) E12</i>

Tabela nº4 dificuldades dos enfermeiros na prestação de cuidados no auto cuidado alimentar no doente crónico

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ENTREVISTADOS
1. Enfrentar a perda de apetite		<p><i>" Diminuição do apetite do utente (...)E2</i></p> <p><i>(...) Recusa alimentar por parte do doente (...)E3</i></p> <p><i>(...) recusa alimentar/apetite diminuído(...)E4</i></p> <p><i>(...)Quando o doente recusa varias vezes as refeições, manifestando astenia(...)E6; E10</i></p>
2. Enfrentar a não aceitação da família		<i>(...)Resistência da família/cuidador da aceitação da consistência da dieta e administração da mesma (ex. alimentação sng) (...)E2</i>

3. Enfrentar o estado de caquexia		<i>(...) Desenvolvimento do estado de caquexia (...)E2</i>
4. Aplicar medidas invasivas		<i>(...) Dificuldade na entubação (...)E3; E10</i>
5. Individualizar dieta		<i>(...) Adequar o tipo de alimentação necessários para cada indivíduo (...)E7</i>
6. Enfrentar a indisponibilidade das famílias		<i>(...)Envolvimento da família, por vezes não se encontra disponível para participar nos cuidados(...)E7; E10</i>
7. Enfrentar a exteriorização da sonda nasogástrica		<i>(...) Doentes em que sng se exterioriza facilmente devido ao reflexo de tosse ou vômito(...)E8</i>
8. Enfrentar vômitos incoercíveis		<i>(...) Quando apresenta m vomito de difícil controle (...)E9</i>
9. Enfrentar doentes com disfagia		<i>(...)Doentes com disfagia, dificuldades em mastigar devido a paresia facial(...)E14</i>
10. Tomada de decisão		<i>(...)Escolha da dieta adequada- escolher ao mesmo tempo dieta direccionada para manter níveis hidroelectrolíticos adequados e que ao mesmo tempo agrade ao doente(...)E11</i> <i>(...)Encontrar sempre as estratégias mais adequadas ao individuo e à situação de doença, uma vez que cada pessoa é diferente e com necessidades diferentes(...)E13</i>
11. Ensinar o doente e família		<i>Dificuldade em educar o doente e família para uma alimentação saudável e que vá ao encontro das necessidades da patologia que apresenta, visto muitos utentes após os ensinios...não cumprirem o que lhes foi transmitido(...)E12</i>

Tabela nº5 necessidades dos enfermeiros na prestação de cuidados no auto cuidado alimentar no doente crónico

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ENTREVISTADOS
1. Maior disponibilidade		<i>“Ter disponibilidade para administração da dieta (...) E2 (...) Tempo e disponibilidade para a alimentação (...)E3</i>
2. Mais recursos humanos		<i>(...)recursos necessários (...) E2 (...) nutricionista (...) E8</i>
3. Trabalho em equipa	<ul style="list-style-type: none"> • Maior articulação entre a equipa de saúde 	<i>(...) mais (...) articular entre a equipa as melhores condições para o utente (...) E4 (...)escolha de estratégias juntamente com equipa multidisciplinar(...) E11 (...) trabalhar numa equipa multidisciplinar (nutricionista, medico, terapeuta da fala (...))E12</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Mais Comunicação 	<i>(...) Necessidade de comunicar com os outros profissionais, nomeadamente nutricionista(...) E7; E14 (...) há necessidade de partilhar opiniões, métodos ou técnicas com outros profissionais da equipa multidisciplinar, como medico ou nutricionista(...)E13</i>
4. Estabelecer uma comunicação assertiva		<i>(...) Estabelecer uma boa comunicação seja verbal ou não verbal com o utente, mesmo que seja um simples toque(...) E6</i>
5. Reforçar aporte nutricional		<i>(...) Reforço do aporte nutricional (...) E9</i>
6. Sem necessidades		<i>(...) Actualmente não encontro necessidades, visto que a ucc tem nutricionista em tempo parcial. Podendo colaborar com a equipa de enfermagem com a medica. Na minha opinião esta era a necessidade maior, no entanto este obstáculo foi colmatado(...) E10</i>

Tabela nº6 recursos mobilizados pelos enfermeiros na prestação de cuidados no auto cuidado alimentar no doente crónico

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ENTREVISTADOS
1. Doente e família		<p>(...) O utente, o cuidador(...) E2</p> <p>(...) Utente e família/prestador de cuidado (...) E3</p> <p>(...) família (...) E4; E8; E10</p> <p>(...) A família, se estiver presente no momento(...) E6; E9</p> <p>(...) O doente, a família, (...) E7; E11; E12; E13</p>
2. Diferentes membros da equipa de saúde		<p>" (...) Equipas das IPSS que fornecem a dieta (...) E2</p> <p>"Nutricionista (...) E4; E7; E13</p> <p>" (...) as auxiliares (...) E7; E8; E9; E10</p> <p>" (...) a medica(...) E7; E13</p> <p>"(...)Doente, família ou pessoa significativa e equipa multidisciplinar (nutricionista, fisiatras, medico, fisioterapeutas, ass. Social, auxiliares)E14</p>

Tabela nº7 perspectiva dos enfermeiros acerca do papel do cuidador do doente crónico em relação ao auto cuidado alimentar

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ENTREVISTADOS
1. Importante		<p>(...) Muito importante (...)E3; E8</p> <p>(...) São o elo entre nos e o utente, pois são eles que os conhecem melhor, e que posteriormente vão cuidar em casa se forem para lá (...)E4</p> <p>(...) alimentação é uma necessidade básica, desde o nascimento, defendemos que é durante a alimentação que a relação mãe/bebé se intensifica. Logo também acredito que o mesmo acontece quando o cuidador executa tal cuidado, torna-se um momento de cumplicidade e de uma forma de amor. (...) E6</p> <p>(...) O cuidador é o principal elo de ligação entre o doente e os profissionais de saúde. Este facilita o processo de alimentação do doente, visto que conhece as suas necessidades e preferências alimentares. (...) E7</p> <p>(...) É crucial este envolvimento para aquando da lata e este doente vai para o domicilio o prestador de cuida-</p>

		<p><i>dos esteja ciente de todos os cuidados necessários para a prestação deste auto-cuidado. (...)E9</i></p> <p><i>(...) Tem como papel importante visto que é o cuidador que irá preparar as refeições do doente bem como administra-la. Por isso mesmo tem de ser bem preparado durante o internamento para que possa estar apto a cuidar do doente (...) E10</i></p> <p><i>(...) muitas das vezes são os cuidadores que nos informam sobre gostos específicos dos doentes, das suas tolerâncias e dos seus hábitos(...) E11</i></p> <p><i>(...) O cuidador do doente terá um papel bastante importante aquando da alta para o domicílio, pois será responsável pelo adequado aporte nutricional (providenciar uma dieta que seja benéfica para a patologia do utente) e certificar-se que estão a ser ingeridos quantidades suficientes para o bom funcionamento do organismo e satisfação do doente. É o cuidador que devesse estar a tento à capacidade de alimentar-se do doente e comunicar ao medico(enfermeiro qualquer alteração que ocorra(...) E12</i></p> <p><i>(...)O cuidador do doente por norma é quem melhor conhece o doente, conseguindo mãos colaboração e envolvimento do doente para se alimentar bem e de forma adequada(...) E13</i></p> <p><i>(...)O cuidador é a pessoa que melhor conhece o doente, logo deve estar informada sobre todos os autocuidados que o utente necessita dependendo o tipo dependência que apresenta, sendo fundamental estar informada sobre os cuidados a ter no autocuidado alimentar(...) E14</i></p>
--	--	--

